

---

# **PSYCHISCHE URSACHEN DER MORBIDEN ADIPOSITAS**

---

ABHANDLUNG  
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE  
**DER PHILOSOPHISCHEN FAKULTÄT  
DER UNIVERSITÄT ZÜRICH**

VORGELEGT VON  
**SABINE DAHLER**  
Glarus, GL

Angenommen im Herbstsemester 2009 auf Antrag von:  
Herrn Prof. Dr. med. Daniel Hell und Herrn PD Dr. phil. Mario Erdheim

Glarus, 2009

Buchdruckerei Richi, Glarus, 2009

***Danksagung***

Die vorliegende Dissertation wurde erst möglich durch die freundliche und engagierte Unterstützung vieler Menschen. Ein ganz besonders grosser Dank geht an die fünf Frauen, die sich zur Verfügung gestellt haben, ihre Lebensgeschichte zu erzählen und ihre eigenen Erfahrungen mit Übergewicht hier in diese Arbeit einzubringen.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. med. Ch. Gubler, Frau Valerie Keller, Herrn Michael Lück, Herrn Herbert Ruoss und Frau Dr. med. E. Dahler.

In dankbarer Erinnerung behalte ich die Betreuung während meiner Arbeit durch Herrn Dr. phil. H.-M. Zöllner, Herrn Dr. phil. M. Erdheim und Herrn Prof. Dr. D. Hell.

Sabine Dahler

Glarus, 05.06.2009

# Inhaltsverzeichnis

	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>LEBENSGESCHICHTEN UND TRÄUME .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG UND HISTORISCHE BETRACHTUNG .....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>DEFINITION UND BESCHREIBUNG DER ADIPOSITAS .....</b>	<b>23</b>
3.1	DIAGNOSTIK DER ADIPOSITAS .....	23
3.1.1	<i>Definition der Adipositas über das Gewicht und die Länge (BMI) .....</i>	<i>23</i>
3.1.2	<i>Definition der Adipositas über den Taillenumfang (waist circumference) .....</i>	<i>24</i>
3.1.3	<i>Definition der Adipositas über die Körperzusammensetzung .....</i>	<i>25</i>
3.2	DIAGNOSTIK VON ENERGIEAUFNAHME UND VERBRAUCH .....	26
3.2.1	<i>Ernährungsprotokoll .....</i>	<i>26</i>
3.2.2	<i>Diagnostik des Energieverbrauchs .....</i>	<i>27</i>
3.3	DIFFERENZIALDIAGNOSTIK .....	28
3.3.1	<i>Genetische Erkrankungen als Ursache einer Adipositas (Syndrome) .....</i>	<i>28</i>
3.3.2	<i>Genetisch bedingte neurohormonale Störungen .....</i>	<i>29</i>
3.3.3	<i>Endokrine Ursachen der Adipositas .....</i>	<i>29</i>
3.3.4	<i>Pharmakogene Ursachen für Adipositas .....</i>	<i>30</i>
<b>4</b>	<b>EPIDEMIOLOGIE DER ADIPOSITAS .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>VERLAUF UND PROGNOSE .....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>ÄTIOLOGIE UND PATHOGENESE .....</b>	<b>34</b>
6.1	HEREDITÄRE FAKTOREN .....	35
6.1.1	<i>Zwillingsstudien .....</i>	<i>35</i>
6.1.2	<i>Neurohormonale Faktoren .....</i>	<i>36</i>
6.2	UMWELTFAKTOREN .....	38
6.2.1	<i>Nahrungseinflüsse .....</i>	<i>38</i>
6.2.2	<i>Verminderte körperliche Aktivität .....</i>	<i>39</i>
6.3	PSYCHISCHE FAKTOREN .....	41
6.3.1	<i>Tiefenpsychologische Erklärungsansätze .....</i>	<i>41</i>
6.3.2	<i>Verhaltenspsychologische Ansichten .....</i>	<i>44</i>
6.3.3	<i>Verhaltensweisen, die zu Adipositas führen .....</i>	<i>46</i>
<b>7</b>	<b>KOMORBIDITÄT .....</b>	<b>48</b>
7.1	PHYSISCHE KOMORBIDITÄT .....	48
7.2	PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT .....	49
7.3	PSYCHOSOZIALE FOLGEN .....	50

<b>8</b>	<b>THERAPIE UND PRÄVENTION .....</b>	<b>51</b>
8.1	EVIDENZBASIERTE INDIKATION IN BEZUG AUF THERAPIE UND THERAPIEZIEL .....	51
8.2	EVIDENZBASIERTE THERAPIEBAUSTEINE (SAPS, BAG UND DAG) .....	52
8.3	BASISPROGRAMM: ERNÄHRUNGS-, BEWEGUNGS-, VERHALTENSTHERAPIE .....	53
8.3.1	<i>Ernährungstherapie</i> .....	53
8.3.2	<i>Verhaltenstherapie</i> .....	56
8.3.3	<i>Bewegungstherapie</i> .....	58
8.4	ADIPOSITAS IM RAHMEN EINER PSYCHOANALYTISCHEN PSYCHOTHERAPIE .....	61
8.4.1	<i>Indikation für eine Psychoanalyse bei Adipositas</i> .....	61
8.4.2	<i>Therapieziel einer Psychoanalyse bei Adipösen</i> .....	62
8.4.3	<i>Das Symptom bzw. Gedanken zu Ernährung und Bewegung</i> .....	62
8.4.4	<i>Idealisierung und Entwertung versus flexible Verhaltenskontrolle</i> .....	65
8.5	BARIATRISCHE MEDIZIN .....	66
8.5.1	<i>Bariatrische Chirurgie</i> .....	66
8.5.2	<i>Medikamente</i> .....	68
<b>9</b>	<b>ZENTRALE FRAGESTELLUNG DIESER ARBEIT .....</b>	<b>70</b>
9.1	VERHALTENSTHERAPEUTISCHE UND MEDIZINISCHE LITERATUR .....	71
9.2	PSYCHOSOMATISCHE LEHRBÜCHER .....	72
9.3	INTEGRATION DER VERSCHIEDENEN ASPEKTE .....	74
<b>10</b>	<b>STICHPROBE .....</b>	<b>75</b>
10.1	AUSWAHL DER STICHPROBE .....	75
10.2	STICHPROBENZUSAMMENSETZUNG: SELBSTSELEKTION .....	75
10.3	STICHPROBENGROSSE .....	75
<b>11</b>	<b>UNTERSUCHUNGSMETHODEN .....</b>	<b>76</b>
11.1	FESTLEGUNG DES MATERIALS .....	77
11.1.1	<i>Unterfrage A: Führt Übergewicht zu starkem Leidensdruck?</i> .....	77
11.1.2	<i>Unterfrage B: Warum gelingt es nicht, das Gewicht zu stabilisieren?</i> .....	78
11.1.3	<i>Unterfrage C: Verhindern unbewusste Konflikte die Essregulation?</i> .....	78
11.2	ANALYSE DER ERHEBUNGSSITUATION .....	79
11.3	FORMALE CHARAKTERISIERUNG DES MATERIALS .....	82
11.4	RICHTUNG DER ANALYSE .....	83
11.5	BESTIMMUNG DER ANALYSETECHNIK .....	83
11.6	DEFINITION DER ANALYSEEinheiten .....	83

<b>12</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>85</b>
12.1	UNTERFRAGE A: FÜHRT ÜBERGEWICHT ZU STARKEM LEIDENSDRUCK? .....	85
12.1.1	<i>Direkte Hinweise auf den Leidensdruck: Selbstberichtete Erfahrungen .....</i>	<i>85</i>
12.1.2	<i>Indirekte Hinweise auf den Leidensdruck.....</i>	<i>85</i>
12.2	UNTERFRAGE B: WESHALB GELINGT ES NICHT, DAS GEWICHT ZU STABILISIEREN? .....	86
12.3	UNTERFRAGE C: VERHINDERN UNBEWUSSTE KONFLIKTE DIE ESSREGULATION? .....	87
12.3.1	<i>Hinweise auf Binge Eating Disorder (BED).....</i>	<i>87</i>
12.3.2	<i>Hinweise auf frühe Störungen bzw. Störungen in der oralen Phase.....</i>	<i>88</i>
12.3.3	<i>Belege für die aus der Literatur gewonnenen Konfliktkategorien .....</i>	<i>89</i>
12.3.4	<i>Zwei weitere mögliche Konfliktkategorien .....</i>	<i>97</i>
<b>13</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>101</b>
13.1	DIE BEDEUTUNG VON ADIPOSITAS FÜR DEN EINZELNEN UND DIE GESELLSCHAFT .....	101
13.2	ADIPOSITAS PERMAGNA UND BINGE EATING .....	101
13.3	PSYCHISCHE URSACHEN VON ADIPOSITAS PERMAGNA .....	103
13.3.1	<i>Diskussion der Konfliktkategorien .....</i>	<i>103</i>
13.3.2	<i>Integration der Ergebnisse zu einer hypothetischen komplexen Deutung.....</i>	<i>108</i>
<b>14</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>109</b>

## Abstract

Adipositas permagna ist eine tief greifende psychosomatische, autodestruktive Erkrankung, die klar von Übergewicht abzugrenzen ist. Wahrscheinlich finden sich nur wenige Fälle von Adipositas permagna ohne Binge Eating<sup>1</sup>. Mittels 24 transkribierter psychoanalytischer Gespräche wurde der Frage nachgegangen, welche unbewussten psychischen Konflikte bei einer morbidem Adipositas von ursächlicher Relevanz sind. Untersucht wurden 5 Frauen mit einem BMI über 40. Aus der psychodynamischen Literatur gewonnene Konfliktkategorien wurden dabei anhand der Transkripte auf ihre Bedeutung hin überprüft. Dabei zeigten sich bei allen 5 befragten Frauen Hinweise auf eine Binge Eating Disorder, Auffälligkeiten in der Säuglingszeit, gehemmte Aggressionen, Angst vor Objektverlust und ein Mangel an wechselseitig tragfähigen Beziehungen. Bei keiner der Frauen fand sich ein Kontrollkonflikt.

---

<sup>1</sup> Essattacken mit diversen Merkmalen (siehe Seite 46); binge: Gelage (Fressgelage, Saufgelage)

## Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: GENETISCHE ERKRANKUNGEN ALS URSACHE EINER ADIPOSITAS (SYNDROME).....	28
TABELLE 2: GENETISCH BEDINGTE NEUROHORMONALE STÖRUNGEN.....	29
TABELLE 3: ENDOKRINE URSACHEN DER ADIPOSITAS.....	29
TABELLE 4: PHARMAKOGENE URSACHEN DER ADIPOSITAS .....	30
TABELLE 5: KÖRPERLICHE ARBEIT IN DER SCHWEIZ 1964 UND 2004 .....	40
TABELLE 6: PHYSISCHE KOMORBIDITÄT.....	48
TABELLE 7: PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT .....	49
TABELLE 8: MÖGLICHE PSYCHISCHE KONFLIKTKATEGORIEN ADIPÖSER MENSCHEN. ....	74
TABELLE 9: AUSSAGEN ZU DIÄTEN .....	86
TABELLE 10: BEFUNDE ZU BINGE EATING DISORDER (BED).....	88
TABELLE 11: STÖRUNGEN IN DER ORALEN PHASE.....	88
TABELLE 12: ORALE VERWÖHNUNG .....	89
TABELLE 13: MUND MIT NAHRUNG GESTOPFT BZW. TELLER LEER ESSEN.....	89
TABELLE 14: OHNE WECHSELSEITIG TRAGFÄHIGE BEZIEHUNG.....	90
TABELLE 15: GEHEMMTE, UNTERDRÜCKTE AGGRESSIONEN .....	91
TABELLE 16: SEXUELLE ROLLENIDENTITÄT: VATER.....	92
TABELLE 17: SEXUELLE ROLLENIDENTITÄT: MUTTER .....	92
TABELLE 18: SELBSTTRÖSTUNGS- UND SELBSTBELOHNUNGSASPEKTE .....	93
TABELLE 19: ANGST VOR OBJEKTVERLUST .....	94
TABELLE 20: STRESS .....	94
TABELLE 21: VERBERGEN VON ENTTÄUSCHUNG UND FURCHT VOR BEZIEHUNG.....	95
TABELLE 22: ALLES ANGEBOTENE WIRD AUFGEGESSEN. ....	96
TABELLE 23: AUTARKIEKONFLIKT .....	97
TABELLE 24: KONTROLLKONFLIKT .....	99

# 1 Lebensgeschichten und Träume

## *Lebensgeschichte A*

Bis zum Alter von 2 Jahren lebte Frau A mit ihren Eltern in einer Wohnung. Dann begann ihre Mutter im Restaurant der Grosseltern mitzuarbeiten. Zu dieser Zeit kam auch ihr Bruder auf die Welt. Der Mutter blieb somit noch weniger Zeit für das Mädchen A. Auch der Vater, Metzger von Beruf, war den ganzen Tag nicht anwesend. Frau A erhielt als Kind Süßigkeiten zum Trost, damit sie still sei. Sie wurde deshalb früh übergewichtig. Frau A war schon als Kind sehr mitfühlend und hat in ihrer Herkunftsfamilie viel Last getragen. In der 3. Klasse wog sie beinahe 40 Kilos. Ihre Mutter kritisierte sie wegen des Übergewichts andauernd. A konnte sich aber bald von dieser Kritik befreien und auch die Bemerkungen der Kameraden in der Schule oder im Dorf mit Fassung ertragen, denn sie wusste sich zu wehren. In der Pubertät wurde sie rebellisch gegen die Kritiken der Mutter. Frau A lernte Coiffeuse und Kosmetikerin, danach jobbte sie als Krankenpflegerin. Das Schönheitsideal war ihr wichtig geworden, die Körperpflege im Besonderen. Stetig kämpfte sie gegen das Übergewicht, versuchte diverse Diäten und erfuhr auch, was Jojo-Effekt ist. Sie sagte über sich, sie esse gerne gut, nicht zuviel, aber leider das „Falsche“. Mit 25 Jahren trat sie in ein Kloster der Dominikanerinnen ein, lebte das Klosterleben mit, war beeindruckt von den Werten, die dort vermittelt wurden. Sie lernte viel: Haushaltsarbeiten, Sprachen und Musik, Gesang, Malen, insbesondere das Porzellanmalen.

Doch später trat sie wieder aus dem Kloster aus, reiste nach Israel in einen Kibbuz. Im Inneren suchte sie die Religion, las viel in der Bibel, das Neue Testament hatte es ihr angetan. Sie schloss sich einer freien christlichen Gemeinschaft an und reiste mit dieser durchs Land Israel. Zurück in der Schweiz wurde sie Novizin bei den Dominikanerinnen, durfte nach Frankreich ins Mutterkloster, um Französisch zu lernen, Gesangsstunden zu nehmen. Sie erarbeitete sich neue Lebenswerte. Doch im Kloster blieb sie nicht allzu lange. Es wurde ihr bewusst, dass sie sich entscheiden musste, entweder allein zu bleiben als „alte Jungfer“, oder eine Familie zu gründen. Frau A traf einen verwitweten Landwirt mit zwei Töchtern, dessen Frau an Krebs gestorben war. Sie lebte mit ihm zusammen, gebär ihm noch eine Tochter und einen Sohn. Geheiratet wurde jedoch erst viel später. In dieser neuen Familie erlebte sie nicht nur Freude, sondern Ärger und viel Leid, da die Stieftöchter und die Angehörigen der verstorbenen Frau sie nicht akzeptierten. Bei all diesen familiären Spannungen gab ihr immer wieder die Religion die Kraft, durchzuhalten und zu allen einfühlsam und freundlich zu sein, obwohl sie von den Mitmenschen nur sehr wenig Mitgefühl und Verständnis erntete. Es bereitete ihr Mühe, ihrem Umfeld, ihrer Familie die eigenen Bedürfnisse mitzuteilen.

Mit ihren inzwischen 130 Kilos fiel es ihr sehr schwer, die Arbeiten auf dem Bauernhof zu verrichten, doch sie klagte selten, suchte ihren Frieden im Gebet, hatte aber zunehmend Angst, krank zu werden. Ein Arzt schickte sie in die Hirslanden Klinik, damit sie sich über ein Magenband informieren konnte. Was sie dort darüber erfuhr, erschreckte sie. Sie lehnte



diesen Eingriff entschieden ab. Die Risiken und Nebenwirkungen waren für sie zu drastisch und zu undurchsichtig. Sportlich versuchte es Frau A wieder wie früher mit Schwimmen, Nordic Walken, Radfahren, aber auch dies gab sie nach einiger Zeit wieder auf. Das Gewicht machte Frau A Mühe, weil sie nicht mehr so fit war und weil sie dachte, davon noch mehr körperliche Probleme zu bekommen. Ihr wichtiges Anliegen war es jedoch, sich selbst immer weiter zu entwickeln und sich innerlich zu reinigen. Immer wieder erinnerte sich Frau A an die Klosterzeit und suchte ab und zu Kontakt zu den ehrenwerten Schwestern, betete mit ihnen und nahm daraus wieder die Kraft mit in den harten Alltag. Sie sagte von sich: „Ich bin nicht komplett. Ich bin immer noch am Werden, und solange ich offen bin für den heiligen Geist, an mir arbeite, dann habe ich Perspektiven mein ganzes Leben lang.“ Sehr stolz war Frau A auf ihr Hobby, das Porzellanmalen, das sie so gerne tat und ihr grosse Abwechslung gab. Auch das Klavierspielen hatte sie gelernt, und sie begleitete Freunde beim Musizieren auch mit der Gitarre. Frau A fand, dass übergewichtige Menschen meist fröhliche Typen sind, gerne lachen, aber auch sehr sensibel sein können. Frau A dachte, dass das Übergewicht auch zu tun hat mit nicht wahrgenommenen Spannungen, Gefühlen wie Wut, Trauer, Freude, Sexualität, die man gar nicht zur Sprache bringen kann, und die man dann mit Essen kompensierte.

Was sich Frau A noch sehnlichst wünschte, ist eine Lebensbeichte bei einem strengen Priester, nicht im Beichtstuhl, sondern im Gespräch, um in ihrem Leben noch mehr voranzukommen, sich seelisch zu reinigen wie im Fegefeuer, ihr Leben zu verarbeiten, und einmal rein und schön vor Gott zu stehen und in den Himmel genommen zu werden.

### ***Träume: A4 695-699***

Es gibt auch sehr vieles, das ihr nicht gut tut oder ihr Angst macht, wie der Weltuntergang. Man soll sich darauf vorbereiten. „Ich hatte einmal einem Traum, bei dem ich gesehen habe, wie das sein könnte, aber wann es kommt, oder ob das überhaupt kommt? Man sollte eigentlich jeden Tag so leben, dass man bereit ist dafür.“

***Lebensgeschichte B***

Frau B war als Neugeborenes cerebral gelähmt. Da ihre Mutter dem Säugling keine Milch schenken konnte, begannen die Essprobleme, und das Kind konnte sich körperlich nicht recht entwickeln, blieb so ein Leichtgewicht bis 4-jährig. Leider bleibt es unklar, wie sich diese Lebensphase auf ihre Entwicklung ausgewirkt hat. Über ihre Kindheit berichtete Frau B eher wenig. Frau B blieb geschwisterlos, somit spielte sie oft mit ihrer Kusine, deren Mutter sie sehr verehrte und auch liebte, mehr als ihre eigene Mutter. Ab 4-jährig wurde sie ein widerspenstiges Mädchen, und um sie zu beruhigen, fütterte man sie mit Süßigkeiten. In der Folge nahm sie ständig an Gewicht zu und wurde immer dicker. Ihre Mutter war adipös, schwerst übergewichtig und sehr oft krank; deren Schwester litt an Bulimie. Die Mutter starb mit 43 Jahren, zum Teil an den Folgen ihres Übergewichts. Das bedeutete im Leben der jungen Frau B eine enorme Umstellung, sie fühlte sich dabei von ihrer Mutter im Stich gelassen und stritt mit der ganzen Herkunftsfamilie. Sie brach ihre Ausbildung als Pflegerin (vorher fertig ausgebildete Spitalgehilfin) ab, löste ihre Verlobung und zügelte an einen anderen Ort. Mit ihrem Vater und mit ihrer Kusine stellte Frau B später die Beziehung teilweise wieder her. Ihren Vater hatte sie gern. Frau B berichtete von einer starken Vater-Tochter-Beziehung. Bei der „Spitex“ gefiel ihr die Arbeit sehr, sie blühte regelrecht auf, fing an, das Leben zu genießen, ging tanzen, hatte „One-Night-Stands“, suchte Liebe, Geborgenheit, Freude und Ausgleich. Das Resultat: das Gewicht fiel auf 87 Kilogramm. Sie fühlte sich gut, aber sehr einsam und wünschte sich ein Kind. Deswegen suchte sie sich einen türkischen Ehemann, da ja, wie sie sagt, Schweizer Männer dicke Frauen ungern heiraten wollen. Von diesem Ehemann wurde sie auch bald schwanger. Allerdings war dieser Mann über die Schwangerschaft nicht zufrieden, liess sie immer mehr allein, kümmerte sich nicht mehr um sie, sodass sie noch vor der Geburt des Kindes die Trennung einleitete. Nach der Geburt des Sohnes war Frau B wieder selbständig, fühlte sich glücklich mit ihrem Kind, hatte zwar finanziell Probleme, mauserte sich durch und nahm wieder etliche Kilos ab.

Nun fühlte sie sich wieder einsam. Per Inserat suchte sie einen neuen Ehemann, fand ihn auch und heiratete ihn nach nur kurzer Bekanntschaft. Frau B gab die Arbeit bei der Spitex auf, zügelte in die Wohnung des neuen Ehemannes bzw. ins Haus der Schwiegereltern und wurde sehr bald wieder schwanger. Wie schon bei der ersten Schwangerschaft litt sie an Gestose. Während der Bekanntschaft mit dem neuen Ehemann hing der Himmel voller Geigen, harmonisch und friedlich, wie frisch verliebt, doch schon am Hochzeitstag kippte die Stimmung. Es folgten nichts als Streitereien mit dem Ehemann und mit den Schwiegereltern. Sogar mit der früher so verehrten Kusine geriet Frau B in Auseinandersetzungen. Der Sohn aus der ersten Beziehung wurde immer mehr der Grund zum Ehestreit. Der Junge begann seine Fingernägel zu beissen und er ass nicht mehr richtig am Tisch. Das zweite Kind spielte eine weniger wichtige Rolle. Zusätzliche Belastung war die schwierige Stieftochter, ein 9-jähriges Mädchen aus erster Ehe des neuen Ehemannes, das jeweils an den Wochenenden zu Besuch kam. Der älteste Sohn musste zweimal im Monat zu seinem Va-

ter gebracht werden. In der Patchwork-Familie bestanden grosse finanzielle Schwierigkeiten. Das Geld reichte nur sehr knapp. Am neuen Wohnort fühlte sich die Frau einsam und fand nirgends Kontakt, weil sie sich über sehr viele Leute und Institutionen ärgerte und sich auflehnte. Immer wieder überlegte sie sich, ob sie sich nicht wieder von ihrem Mann trennen und mit den Kindern wegziehen sollte. Dazwischen gab es aber auch friedliche Wochen, in denen sie spürte, dass ihr Mann auch lieb und nett zu ihr und zu ihrem Sohn sein konnte, und in diesen Zeiten war es auch möglich, Sexualität mit ihm zu leben. Frau B erkannte inzwischen viele Dinge genau: Ihr Übergewicht hänge mit den Schwierigkeiten zusammen, die sie im Leben bewältigen müsse, vor allem wenn sie Ärger habe in zwischenmenschlichen Beziehungen (z. B. sexuelle Probleme mit dem Ehemann), und als Trösterli nasche sie dann wieder viel zu viele Süßigkeiten.

Sobald sie sich frei und unabhängig fühlte, nahm sie ab ohne Diät. Zwar empfand sie sich wegen des Übergewichts nicht mehr schön und war beeinträchtigt, aber im Gegensatz zu anderen Frauen jammerte sie nur wenig über soziale Ächtung. Sie unternahm auch kaum Therapieversuche, weil sie einsah, dass sie abnehmen würde, wenn ihr soziales Umfeld stimmen würde. Sie hatte dies ja schon zweimal erlebt. Es war offensichtlich, dass sie in einer festen Beziehung immer Schwierigkeiten erlebte und Mühe hatte damit, weil es andauernd Streit gab, dass sie aber ohne Beziehung auch nicht leben konnte, weil ihr das warme, schützende Nest fehlte.

Auch ihre Ambivalenz war ihr bewusst, so sagte sie: „Manchmal bin ich das Krebslein, dann wieder der Löwe.“ Es war ihr auch bewusst, dass sie ihren jetzigen Ehemann führte, die dominante Rolle ausspielte und dass sie es nicht mehr ertrug, in der Ehe eingeeengt zu werden. Sie sagte selbst, vielleicht müsste man heutzutage an den ehelichen Beziehungen mehr arbeiten, nicht einfach alles hinwerfen. Aber für sie war das sehr schwierig, weil alle ihre Beziehungen chaotisch verliefen, in der Herkunftsfamilie, mit den Leuten in der Umgebung und auch mit der Therapeutin. Es ist auch dieser nicht möglich, eine tragende Beziehung aufzubauen trotz wiederholten Angeboten. Frau B schilderte mehrfach, wie sie sich aufregte über andere, wie sie die Faust im Sack machte, nichts sagen konnte und dann auf üble Weise explodierte oder auch sehr gemeine Dinge hintenherum redete. Sie hatte kaum Strategien, um eine Meinungsverschiedenheit aufzulösen, und zog sich lieber zurück. Es schien, dass auch eine Therapie für sie zu viel Nähe, zu viel Konfrontation bedeutete. Bei diesen chaotischen Beziehungsstörungen, die aus grosser Ambivalenz erwuchsen, bildeten das Übergewicht und die Kinder einen Schutzschild, auf den sie nicht verzichten konnte und wollte.

### ***Träume: B***

Frau B spricht viel von „Träumen“: dem „Traum“, Grösse 42 zu tragen; ihre Kinder mit einem Mann gemeinsam zu erziehen, mit einem Partner, dem man vertrauen kann und der Verantwortung trägt usw. Schlafträume tauchen in ihren Erzählungen nicht auf.

### *Lebensgeschichte C*

Durch das ganze Leben der Frau C zog sich eine immense lebendige Kraft, die schwierigen Situationen und Schicksalsschläge durchzustehen und aus ihrer belastenden Lebensgeschichte immer wieder neue Energien zu gewinnen. Als Kind wurde sie eigentlich von ihrem Vater erzogen. Vater und Mutter führten ein Geschäft. Sie erinnerte sich, der Vater war immer adrett angezogen, forderte sehr viel von ihr, unternahm aber auch einiges, und sie verstanden sich gut. Die Mutter war wohl eine hübsche Frau, stolz, selbstzufrieden, half etwas im Geschäft mit, forderte aber nichts von sich und von den anderen. Die Mutter verwöhnte hauptsächlich den jüngeren Bruder von Frau C und überliess die Erziehung ihrem Mann. Frau C betitelte ihre Mutter als „die Leichtigkeit“! Den ganzen Haushalt besorgte die Grossmutter, die sich auch um das Mädchen C kümmerte. Sie lehrte es kochen, nähen, stricken, im Garten arbeiten; sie war eine warmherzige und liebenswerte Frau, eine richtige Grossmutter. Trotzdem war das Mädchen traurig, dass sich ihre eigene Mutter nicht um sie sorgte, sie umarmte und herzte, wie andere Mütter es doch auch tun. Kam der Vater mal nicht wie vorgesehen nach Hause, oder wenn die Grossmutter mit ihr schimpfen musste, naschte sie im Keller oder in der Küche oder flüchtete sich in ein Buch und las, zog sich zurück. In der Pubertät fühlte sie sich zum ersten Mal zu dick und schämte sich auch deswegen, zog zum Beispiel die Pullover vom Vater an, um die grosse Oberweite zu verbergen. Sie lernte den Beruf ihres Vaters, um ihm nahe zu sein. Später lebte sie im Ausland und fühlte sich freier als in der engen Schweiz. Nach der Rückkehr lernte Frau C ihren Mann kennen, heiratete, und die erste Tochter wurde geboren. Aber von Geburt an merkten die Eltern, dass ihr Kind Entwicklungsprobleme zeigte und an einer bedrohlichen Krankheit litt. Damit fiel der ganze Lebensentwurf von Frau C in nichts zusammen. Ihr Mann war verzweifelt, übernahm in dieser Stimmung das Geschäft seines Vaters, was aber wiederum zu grossen Problemen führte. Frau C beschloss, für ihr krankes Kind und für den zweitgeborenen Sohn immer da zu sein als eine gute Mutter. Da sie eine Grossfamilie geplant hatte, adoptierte sie noch einen Buben, der sonst in ein Heim eingewiesen worden wäre, weil er ein schwieriges Kind war. Ihr Ehemann kam mit dem Leben nicht mehr zurecht und starb plötzlich. In dieser struben Zeit von Trauer und Frust begann Frau C zu essen, viel zu viel und falsch, legte dadurch immer mehr an Gewicht zu und litt sichtlich. Inzwischen musste sie den Lebensunterhalt verdienen, die kranke Tochter betreuen, für die beiden gesunden Kinder sorgen und dann noch das Geschäft ihres verstorbenen Mannes auflösen. 13 Jahre war Frau C mit ihrem Mann verheiratet, den sie auch nach dem Tod immer noch liebte und verehrte. Sie sagte: „In dieser Zeit mit ihm zusammen habe ich so viel erlebt, es würde für ein ganzes Leben reichen.“ Zwar lief auch jetzt nicht alles rund, aber sie bewältigte die Situation und brachte es fertig, dass alle drei Kinder mit den Füßen auf dem Boden standen und ihr eigenes Leben führen konnten. Die kranke Tochter hatte sie immer wieder unterstützt, sodass diese ihr Leben auch unabhängig leben konnte, und somit entstand auch ein herzliches Verhältnis und reger Kontakt zwischen den Frauen, also ein Nehmen und Geben. Es war schon sehr eindrücklich, dass Frau C im Verlauf der Ge-

sprache nie jammerte oder mit ihrem Leben haderte. Sie wollte nun, als sie 60 Jahre alt war, ihre Stelle kündigen, weil sie den Erfolgsdruck nicht mehr ertrug. Ihre Herzschmerzen sagten ihr, dass im Inneren etwas nicht mehr stimme. Sie suchte sich eine neue Arbeitsstelle, und es wurde ihr als kompetenter Fachfrau ein toller Job angeboten, den sie mit Freude annahm. Der neue, ruhigere Job, die Entlastung bei der Tochter, die erwachsenen Söhne, aber auch die Herzschmerzen ermöglichten ihr eine Neuorientierung in ihrem Leben. Sie wollte sich selber nun mehr Beachtung schenken, mehr für sich selber sorgen, anstatt immer für andere dazusein, ihre Seele pflegen und für ihre Gesundheit, für ihr Herz, für ihr Übergewicht mehr tun. Plötzlich spürte Frau C neue Energie und Kraft, konnte wieder lachen und weinen, Emotionen zeigen, erkannte, dass ihr Übergewicht ganz klar durch „Frustessen“ entstanden war. Sie war bereit zu lernen, innere Spannungen auf eine andere Weise zu beseitigen als durch übermässiges Essen. So sah sie selbst verschiedene Möglichkeiten: Gehen mit den Hunden, Schwimmen im See, Briefe schreiben an Freunde, mit sich selbst reden oder mit verstorbenen Angehörigen, unangenehme Gefühle in den See kippen und zusehen, wie sie davonschwimmen. Frau C war der Ansicht, dass ihr Gewicht sie davor schütze, im Leben fortgeweht zu werden, war dankbar, dass sie ein sensibles Wesen war wie eine Birke mit dünnen Ästen oder wie eine Spinne mit zartem Netz und den Tautropfen im Rund. Sie fühlte sich reich, dass sie die Schönheiten der Natur und das Geschehen um sie herum sehr intensiv erleben durfte und es auch mit gewonnener Freude tun konnte.

### ***Träume: C3 244-313***

Ich habe zwei Arten von Träumen: Wenn es gefährlich wird in meinem Leben, habe ich immer dieselben Träume. Sie spielen in Kellerräumen des 17., 18. Jahrhunderts. Es ist immer so bräunlich und fast ein wenig staubig wie in einem alten Film. Jedes Mal, wenn ich einen solchen Traum habe, sag ich mir: Achtung! Vorsicht! Dieser Traum begleitet mich seit der Kindheit, aber dass diese Träume eine Warnung sind, ist mir erst vor etwa 10 oder 15 Jahren bewusst geworden. Ich habe ein genaues Bild von diesem Raum, und zwar sind das so Bogenfenster in einem Unterding, fast als wenn oben eine Strasse wäre, aber es hat trotzdem Bogenfenster drin. Ja, da ist auch ein Stehpult und es hat Tische, nackte Tische und Stühle, so wie Wienerstühle in diesem Raum. Es erscheinen dann Leute, die ich sehr gut kenne und von denen ich weiss: Achtung! Vor ein paar Jahren, es ist jetzt 16 Jahre her, habe ich eine Frau kennen gelernt. Sie war eine Kundin. Die jammerte über ihren Chef und sagte, es gehe ihr nicht gut. Eines Tages haben sie ihr gekündigt und ich habe sie eingestellt. [...] Dann ist der erste Traum gekommen. Ich habe diese Frau an diesem Stehpult gesehen, mit Büchern und wie sie an diesem Stehpult Sachen verschwinden lässt. Unter diesem Stehpult hat es eine Schublade, dort hat sie die Sachen hineingelegt, aber wenn wir nachgeschaut haben, waren die Dinge verschwunden. Dann ist ein Mann aufgetaucht in

diesen Traum, in dem alten Keller drin und hat gesagt: „So bescheissen kann man gar nicht in dieser Welt, das ist ja unverantwortlich.“ Er lief wieder hinaus. Irgendwoher sagte eine Stimme: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser!“ Am anderen Tag bin ich wieder ins Geschäft und habe gesagt, ich hätte gerne die Buchhaltung gesehen. Dann hat sich das wieder für zwei, drei Wochen hinausgezogen. Ich träumte den gleichen Traum nochmals, mit den gleichen Worten, mit dem gleichen Szenario. Dann bin ich ins Geschäft und habe gesagt, so, und jetzt will ich diese Buchhaltung sehen. Da habe ich gemerkt, dass sie betrügt.

***Träume: C3 335-339***

In den guten Träumen kommt mein Ehemann vor, und zwar so, wie ich ihn gekannt und geliebt habe. Er sitzt hinter dem Restaurant Ochsen auf diesem Bänklein. Er sagt: „Ich bin ganz bei dir und es geht alles wunderbar.“ Ich träume das ab und zu mal, immer dann, wenn Entscheidungen kommen.

***Träume: C3 335-339***

Diese Woche habe ich geträumt. Ich bin irgendwo gewesen, und dann bin ich auf eine Spinne, eine ganz riesengrosse Spinne gestossen. Ich bin erwacht, und ich habe Glück empfunden, das ist das Glück für mich. Der Traum ist einfach diese dicke Spinne gewesen dort drin, einfach eine Spinne.

***Lebensgeschichte D***

Frau D, heute 30-jährig, litt seit ihrem 16. Altersjahr an Übergewicht. Sie hatte schon einige Diäten versucht, war bei einer Psychologin in Behandlung gewesen, und auch bei einer Hellseherin. Um ihre Probleme zu verarbeiten und um klarer zu sehen, begann sie die Abläufe in einem Buch niederzuschreiben. Doch dies führte nicht zum gesuchten Erfolg. Mit Reductil nahm sie zwar dann bis auf 70 kg ab und war dabei sehr glücklich, aber nach der Absetzung nahm sie sofort wieder zu. Der nächste Schritt: der Entschluss, ein Magen-Bypass sollte die Lösung aller Probleme sein. Ein Magenband kam für sie nicht in Frage, da ihre übergewichtige Tante damit nicht anhaltend abgenommen hatte. Sie befragte zudem verschiedene Menschen zum Thema Magenband und erfuhr dabei, dass man trotz Band immer noch zu viele Kalorien zu sich nehmen kann. Zudem befürchtete sie, das Magenband könnte reißen, und hatte Angst davor und fand es scheusslich, so einen Fremdkörper im Bauch zu spüren. Frau D dachte, dass mit dem Anlegen eines Magen-Bybass alle ihre Probleme gelöst wären; sie überlegte sich, auf 80 Kilos oder weniger abzunehmen und dieses Gewicht zu halten. Um die Haut zu straffen, wollte sie wieder Sport treiben wie früher, vor allem schwimmen, und, wenn sich im Leben neue Schwierigkeiten zeigen würden, diese gegebenenfalls mit Hilfe von Schreiben bewältigen. Sie plante, nach der Operation ein ganz neues Leben zu beginnen und alle Sorgen hinter sich zu lassen. Frau D hatte über all die Jahre unter ihrem Übergewicht sehr gelitten, konnte sich selbst nicht leiden und sich selbst nicht lieben mit diesem Körper. Tolle Kleider anzuziehen, ging nicht, die Figur passte nicht, das war fatal, da sie in der Modebranche arbeitete. Fotos von sich oder ihrem Spiegelbild anzusehen, war für sie Horror, ins Schwimmbad zu gehen, ein Albtraum, und auch Firmenanlässe versuchte sie zu meiden. Nur mit Hemmungen liess sie sich von ihrem Freund anfassen, denn sie konnte sich nicht vorstellen, dass der Freund Gefallen finden würde an ihr und ihrer Figur. Frau D hatte auch schon Partner verloren wegen der Figur, wegen ihres Übergewichts. Die soziale Ächtung und Missbilligung machten ihr sehr zu schaffen. Schon als Kind wurde sie von der Umgebung kritisiert und gehänselt. Jetzt fühlte sie sich von überall beobachtet und dachte, man betrachte sie als die „dumme Dicke“ und schliesse sie überall aus. Sogar Fremde sprachen sie deswegen auf der Strasse an, und sie fühlte sich in ihrer Persönlichkeit verletzt. Sie litt sehr darunter, fühlte sich ohnmächtig dem Übergewicht gegenüber, und jedermann äusserte sich zudem noch demütigend und erniedrigend, beurteilte sie negativ. Auch die eigene Mutter kritisierte ihre Tochter heftig, so wie die ganze Familie. Man hatte ihr das Essen abgemessen und danach die Mahlzeiten eingeschlossen. Ihre Patentante verachtete Frau D, weil sie kein Vorzeigekind war. Ihr Pate, der auch adipös war, starb früh an einem Herzinfarkt. Man sagte ihr: „Du wirst so unansehnlich und dick wie deine Tante“, obwohl Frau D ein Adoptivkind war und gar nicht blutsverwandt mit dieser Frau. Mit 20 Jahren löste sie sich von der Tyrannei der Mutter, und es gelang ihr ab und zu, die Kontrolle über ihre Essmengen zu finden. Sie selbst sah die Ursache ihres Übergewichts vor allem in der Kontrolle durch die Mutter. Dass Frau D ein Adoptivkind war und die ersten 4 Monate ihres Lebens herumgestossen

worden ist, konnte sie nur teilweise als Problem annehmen, sie schob diese Geschichte immer wieder weg. Sie war auch nicht motiviert, über die tieferen Ursachen des Übergewichts nachzudenken, weil sie das Übergewicht als ihr einziges Problem ansah. Sie hoffte nun, nach der Operation nicht mehr selbst ihr Essen kontrollieren zu müssen, sondern erwartete, dass dies der Körper für sie tue. Sie träumte auch, dass der Kampf um die Operation ihr letzter Kampf sein werde, und dass nachher alles sehr leicht im Leben sei. In dieser Situation fanden die Ärzte bei der präoperativen Abklärung mehrere Dickdarmpolypen, eine Kontraindikation für einen Magen-Bypass. Diese Diagnose zog Frau D den Boden unter den Füßen weg. Nachdem sie die ganze mühsame, angstbeladene, präoperative Abklärung mitgemacht hatte, erhielt sie nun wieder keine Belohnung, sondern ihr Kampf ging weiter, jetzt der Kampf um das Magenband. Aber auch in dieser ernsten Situation war es ihr nicht möglich, sich zu öffnen und die Vielfalt ihrer Probleme zu spüren. Trotz mehrfachen Angeboten der Therapeutin hielt sie daran fest, dass das Gewichtsproblem durch einen operativen Eingriff gelöst werden müsse, und dass sie alle anderen Probleme lieber zur Seite schieben möchte. Immerhin gelang es ihr einzusehen, dass man nur dank dem Übergewicht die Polypen so früh entdeckt hatte und nun vorbeugende Untersuchungen machen konnte zur Vermeidung eines Karzinoms. In diesem Zusammenhang kam Wut hoch auf ihre leibliche Mutter, die jeglichen Kontakt mit ihr ablehnte und die sie nun nicht fragen konnte, ob in der Familie schon andere Darmerkrankungen bzw. Darmkarzinom-Fälle vorgekommen seien. Dass unbewusste psychische Konflikte vorhanden waren, zeigte sich auch daran, dass Frau D noch an weiteren psychosomatischen Erkrankungen wie Migräne litt. Sie erzählte von belastenden Träumen, über den Tod ihrer Grosseltern und des erwähnten Götti, und von Vorahnungen, die sie erschreckten. Sie erzählte vom distanzierten Verhältnis zu ihrem Adoptivvater und auch zu anderen Männern. Sie sah das aber nicht als Belastung und wollte nicht darüber sprechen. Es fällt auf, wie hart Frau D mit sich selbst umging, zum Beispiel wenn sie krank war oder wenn sie sich vor der Operation fürchtete. Sie sagte: „Da muss ich jetzt durch und ich will da durch.“ Offensichtlich fürchtete sie sich auch vor weiterer Psychotherapie. Sie meinte: „Früher hatte ich wie einen schützenden Mantel um mich, aber seit ich mich der ersten Psychologin geöffnet habe, bin ich so sensibel geworden.“

### ***Träume: D3 11-35***

Ich habe geträumt, wie der Grossvater stirbt und wann er stirbt. Ich habe das am Montag geträumt. Dabei habe ich das Grab gesehen, auf dem „6.10.2006“ darauf gestanden ist. Ich war aber nicht sicher, ob da „6“ oder „8“ geschrieben stand. Ich habe gesehen, wie mein Vater, meine Mutter und ich als Letzte aus diesem Zimmer hinausgehen und er stirbt, und genau so ist es gewesen. Es ist krass, wenn man als einziges Grosskind gleich zweimal die Grosseltern sterben sieht. – Ja, das ist es eigentlich, was mich im Moment sehr beschäftigt.



**Träume: D3 86-93**

Ich hatte auch Träume, als mein Pate gestorben ist. Im Traum habe ich eine Männerstimme gehört. Ich bin am Morgen aufgestanden und habe gedacht, spinne ich jetzt oder was ist los? Dann bin ich nach Hause gegangen. Ich hatte auswärts übernachtet. Da hat mein Vater angerufen und genau diese Worte gesagt: „Der Götti ist tot.“

**Träume: D3 86-93**

Eigentlich war es Blödsinn, was ich geträumt habe. Meine Grosseltern haben draussen in einem kleinen Dorf gewohnt, und da sind ja auch solche alten Häuser. Hinten kommt die Treppe herauf, und dann ist da die Wohnung: rechts das Schlafzimmer, und dann links die alte Küche und vorne die neue Küche, Stube und Badezimmer. Es ging noch weiter rauf, aber die Grosseltern haben eigentlich nur auf diesem Stock gewohnt. Im Traum lebten da irgendwie andere Leute drin, und ich durfte nicht in das Schlafzimmer, aber eingerichtet war alles so wie bei den Grosseltern. Ich habe durch das Schlüsselloch geschaut und gesehen, wie die anderen Leute im Bett meiner Grosseltern schlafen. Jetzt sind diese Träume wieder weg.

### ***Lebensgeschichte E***

Frau E ist die älteste Tochter einer Bauernfamilie. Ihr Vater war Fabrikarbeiter und nebenbei Kleinbauer. Schon als kleines Kind musste sie sehr viel im Haushalt, im Stall und im Wald mithelfen und lernte schon früh, praktische Arbeiten zu erledigen. Sie durfte wenig Kind sein, hatte fast keine freie Zeit für sich, erfuhr wenig Zärtlichkeiten und Wärme von den Eltern und bekam so auch keine Vertrauensbasis zu Vater und Mutter.

*In ihrem Leben gab es 3 Krisenzeiten:*

*1. Krisenzeit:* In der 3. Primarschulklasse begann sie zuzunehmen, angeblich weil sie von einer Freundin der Mutter Süßigkeiten zugesteckt erhielt, die sie übergewichtig machten. Dabei wurde sie von den Mitschülern gehänselt, ausgelacht wegen ihrer Figur, das verletzte sie sehr, und es wurde zur Qual, in der Klasse zu lernen. Zugleich stand sie unter Leistungsdruck, da ihr Klassenlehrer sie schlecht behandelte, weil ihr Vater mit dem Lehrer im Streit wegen eines Stück Landes lag. Zusätzlich bemerkte man, dass sie Legasthenikerin war. Die Noten wurden dadurch auch nicht besser. In dieser Zeit litt sie an starker Migräne, musste diese sogar im Spital behandeln lassen. In der Oberschule verbesserten sich plötzlich ihre Schulleistungen, und sie freute sich unglaublich, nicht mehr die Letzte der Klasse zu sein, deshalb beabsichtigte sie auch nicht, in die Sekundarschule oder Realschule aufzusteigen. Nach dem Schulabschluss begann sie eine Lehre als Servicefachangestellte und wurde immer wieder ausgenutzt mit Fremdarbeiten, musste Flaschen und Waren rumschleppen, bekam Rückenschmerzen, die Beine versagten. Niemand nahm sie ernst, bis sie dann im Spital lag, um den Rücken zu operieren.

*Die 2. Krisenzeit:* Durch das längere Einnehmen von Schmerzmitteln, Cortison, Morphinum usw. und das „Nicht-arbeiten-Können“ bzw. den Bewegungsmangel nahm sie weiter an Gewicht zu. Mit 17 Jahren wurde sie von einem verheirateten Mann vergewaltigt. Bis zu ihrem 30. Lebensjahr konnte sie nie mit einem Menschen darüber reden und dies verarbeiten. Dieses Ereignis fiel in dieselbe Zeit wie ihre Rückenprobleme, möglicherweise besteht sogar ein Zusammenhang.

*Die 3. Krisenzeit:* Immer wieder stellten sich unglückliche Situationen ein, wie zum Beispiel eine Umschulung durch die IV als KV-Angestellte, die sie aber ohne Abschluss beendete. Dann folgte eine Ausbildung als Computerfachfrau, aber auch nur fast zum Supporter, und wegen des fehlenden Diploms fand sie zudem keine Arbeitsstelle. Schließlich heiratete sie einen türkischen Kurden, gebar drei Kinder (das dritte während der Zeit der Interviews), betreute sieben Kinder als Tagesmutter, um etwas eigenes Geld zu verdienen, aber auch, weil sie Kinder liebte. Auch arbeitete sie abends (50%-Pensum) als Putzfrau, um aus dem Haus zu kommen und zu ihrer „Erholung“. Während allen Schwangerschaften litt sie an Gestose, in der dritten Schwangerschaft bekam sie Diabetes und musste sogar Insulin spritzen, was sie immens störte. Auch die Mutter von Frau E war adipös veranlagt und litt an Diabetes, und eine 53-jährige Tante ist an den Folgen von Adipositas gestorben. Frau E zeigte sich wenig einsichtig: Sie war überzeugt, dass sie nicht zu viel essen würde. Sie erwog, ein Magenband zu erhalten wie Sepp Trüsch vom TV, um

alle diese Sorgen loszuwerden. Dass andere Menschen wegen psychischer Probleme und „Frustessen“ dick werden, war ihr bewusst, aber für sie selber galt diese Einsicht nie und nimmer. Sie erledigte ein unglaubliches Arbeitspensum, das fast nicht zu bewältigen war. Sorgen häuften sich, da ihr drittes Kind dauernd krank war. Kraft und Energie bekäme sie durch die Freude an der Betreuung ihrer eigenen Kinder und der sieben Tageskinder, von denen sie so viel Zuwendung und Lebenskraft schöpfte, mehr als sie früher jemals erhalten habe, sodass sie die Kinder und dieses Umfeld nicht mehr missen möchte. Die Kinder waren ihr Lebensinhalt, ihre Quelle für vieles geworden. Die Beziehung mit ihrem Ehemann schien unbelastet zu sein. Er half ihr im Haushalt, entlastete sie, aber sie war sich ihrer Überlegenheit bewusst. Sie führte ihn dominant, aber es entstanden daraus keine Schwierigkeiten. Die schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen liessen sie einsam werden. Sie zog sich zurück. Die islamische Religion verehrte sie, die für sie immer wichtiger wurde. Frau E suchte in dieser Religion Halt und ihren eigenen Weg. In allen vier Interviews (das fünfte fehlt aus technischen Gründen) war spürbar, dass sich Frau E über ihre persönlichen, eigenen tiefen Gedanken und ihr Empfinden nicht äussern kann. Sie wich solchen Themen aus, schwenkte im Gespräch um, erzählte munter über ihre Tageskinder und aus deren Leben, was sie alles für die Kinder Gutes tue. Ihre Gedanken konnte sie nur selten auf sich konzentrieren und noch weniger ihre eigenen Anliegen und Wünsche formulieren.

***Träume: E***

Frau E erzählt keine Träume.

## 2 Einleitung und historische Betrachtung

Verdauung und Übergewicht waren bereits im klassischen Altertum ein Thema. So warnt Platon im „Gastmahl“:

Den weisesten Mann sagen zu lassen, dass ihm das Allerschönste scheine, wenn die Tische alle beladen sind mit Brot und mit Fleisch, und der Mundschenk schöpft aus dem Mischkrug lauterer Wein und trägt ihn umher und füllet die Becher, scheint dir das für einen Jüngling in Bezug auf Selbstbeherrschung geeignet zum Hören?<sup>2</sup>

Adipositas wird seit der Antike mit mangelnder Selbstkontrolle und fehlender Moral assoziiert. So war auch im Mittelalter Völlerei gemeinhin bekannt als die sechste der sieben Todsünden. Die Völlerei, die übermässige, zügellose Existenz galt als Zeichen für Undankbarkeit gegenüber dem Schöpfer und den Gaben des Lebens. Die Strafe hierfür war nach katholischer Lehre die Verbannung in die Hölle und das Erleiden ewiger Schmerzen. Deshalb führten strenggläubige Christen ein bescheidenes Leben. Diese christliche Moralvorstellung spiegelt sich in Bezug auf die Adipositas bis heute in den meisten Diätbüchern wider.

Hier sei exemplarisch die Ansicht des Zürcher Arztes und Weight Coachers Dr. med. Joachim Schawalder wiedergegeben.

Nebst dem Gefühl Hunger und dem Gefühl Sättigung gibt es noch ein drittes Gefühl: Die Lust. Bei der Lust geht es um Dinge, die eigentlich verboten wären, die man aber gelegentlich braucht, vielleicht weil man sich etwas Gutes tun will oder nicht anders kann, zum Beispiel weil man eingeladen ist. Lust und „Sünde“ liegen ganz nahe beieinander, auch wenn es nicht dasselbe ist. Wenn Sie Lust auf einen Apfel verspüren und diesen Apfel essen, dann ist das (im Vergleich zu Adam und Eva) keine Sünde. Verspüren Sie hingegen Lust auf eine Tafel Schokolade und essen diese, dann kann man das schon als Sünde bezeichnen. Die Frage ist nur, wie oft Sie das tun. [...] Unsere Lust, die auch befriedigt werden will, befriedigen wir mit Sündigen. Genauso, wie wir nun gelernt haben unser Hunger- und Sättigungsgefühl bewusst wahrzunehmen, lernen wir jetzt, auch das Lustgefühl und das Sündigen bewusst wahrzunehmen. Sünden sind Dinge, die wir tun, die wir eigentlich nicht tun sollten und die bei uns danach jeweils ein schlechtes Gewissen erzeugen. Dabei müssen wir verstehen, was Sündigen richtigerweise heisst: Nämlich das, was wir nur gelegentlich und in kleinen Mengen tun. Tun wir es aber zu oft, vielleicht

---

<sup>2</sup> Platon, 1859, S. 88.

täglich oder sogar mehrmals täglich, dann ist das nicht mehr sündigen, sondern eine üble Angewohnheit.<sup>3</sup>

Anders als Anorexie und Bulimie ist Adipositas bis heute keine definierte psychiatrische Erkrankung. So findet sich im ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (2006) der Begriff Adipositas im Kapitel IV bei den Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit dem Unterkapitel Adipositas und sonstige Überernährung, und im DSM IV<sup>4</sup> ist der Begriff Adipositas nicht zu finden. In der Folge wird in den meisten psychiatrischen und psychologischen Lehrbüchern auf das Thema Adipositas ganz verzichtet. Als Beispiel wäre zu erwähnen das Lehrbuch „Klinische Psychologie“<sup>5</sup> oder das umfassende Werk „Diagnostik und Therapie psychischer Störungen“<sup>6</sup> oder die Fibel „Psychiatrie in Frage und Antwort“<sup>7</sup>. Nicht einmal ältere Lehrbücher zur Psychosomatik<sup>8</sup> beschäftigen sich mit dem Übergewicht.

Die Ursachen der Adipositas sind komplex und müssen in Genen und Umweltfaktoren gesucht werden. Ob der Kampf gegen überzählige Kilos auch auf dem Schauplatz der Psyche stattfindet, ist umstritten. Der Fokus bei der Behandlung der Adipositas liegt daher heute mehr auf der somatischen Seite. Die Gewichtsabnahme soll mit Hilfe von Nahrungseinschränkung, Bewegung, Verhaltenstraining oder mittels chirurgischer Eingriffe erzielt werden, doch auch das Messer des Chirurgen ist meist kein Ausweg aus dem autodestruktiven Verhalten, sondern nur eine neue Form der Zerstörung. Krankhaftes Übergewicht (Adipositas permagna, morbid Adipositas) ist eine psycho-somatische bzw. somato-psychische Krankheit, die zu Autodestruktion und immensen volkswirtschaftlichen Folgekosten führt. Eine Eigenbehandlung bringt – wie jeder schwerst obese Patient weiss – meist keinen Erfolg. Bei der morbid Adipositas mit Essattacken stehen psychische Faktoren im Vordergrund (von wenigen endokrinen Spezialfällen abgesehen); deshalb kann die Behandlung nicht rein körperlich erfolgen. Psychische Faktoren wie Essen als Trost, zur Spannungsminderung, zur Verarbeitung von Aggressionen, zur Stabilisierung der Persönlichkeit sind wichtiges Thema. Auf diese Faktoren soll in der vorliegenden Arbeit vertieft eingegangen werden.

---

<sup>3</sup> Schawwalder, 2003, S. 79ff.

<sup>4</sup> Sass, Wittchen und Zaudig, 2003

<sup>5</sup> Hautzinger, Davidson und Neale, 2002

<sup>6</sup> Gaebel & Müller-Spahn, 2002

<sup>7</sup> Volz, Spring und Frieboes, 2005

<sup>8</sup> Jores, 1976

Mittels 24 transkribierter Interviews mit 5 schwerst übergewichtigen Probandinnen werden einige Aspekte des Symptoms „Übergewicht“ geprüft, und es wird versucht, der psychoanalytischen Hypothese nachzugehen, dass Essanfälle eine Regression auf die erste orale Phase bedeuten und daher mit Willen oder Selbstkontrolle nicht zu beherrschen sind. Die homogene Stichprobe (nur Frauen in etwa dem gleichen Alter) führt zu psychodynamischen Konfliktkategorien, die man in einer reinen Männerstichprobe vielleicht nicht gefunden hätte. Die Aussagen hier sind Denkmodelle, die nur teilweise für beide Geschlechter gelten. Um bei kleinen Stichproben überhaupt Erklärungen zu finden, ist es aber sinnvoll, diese einheitlich zu halten. Für beide Geschlechter ist anzunehmen, dass es sich um eine frühe Störung handelt. Freud beschreibt diese Phase in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905) als orale oder kannibalistische Stufe. Der Beziehungsmodus ist hier das Einverleiben und die enge Beziehung zum ernährenden Objekt<sup>9</sup>.

Menschen sind in ihren Leistungen nicht konstant. Die ständig enge und zuverlässige Beziehung gibt es nicht. Alle Beziehungen haben Grenzen, sei es nur, dass der Partner arbeiten muss. Dem gegenüber hat das Nahrungsmittel einen anderen Charakter und kann den kleinkindlichen Wunsch nach Objektkonstanz und Objektpräsenz erfüllen. Das Nahrungsmittel wirkt konstant gleich und ist immer präsent, mehr als andere Suchtmittel. Zudem wird im Essen eine erste sehr prägende Beziehungserfahrung wiederholt. Dies macht die Behandlung der Adipositas mittels psychologischer Methoden auch so schwierig.

---

<sup>9</sup> Freud, 1997 [1905], 76ff.

## 3 Definition und Beschreibung der Adipositas

Adipositas ist Folge einer Energieaufnahme, die den Energieverbrauch übersteigt, unabhängig davon, ob nun Psyche, Medikamente, Gene usw. dafür verantwortlich sind.

### 3.1 Diagnostik der Adipositas

#### 3.1.1 Definition der Adipositas über das Gewicht und die Länge (BMI)

*Das ICD-10 E<sup>10</sup> unterscheidet 5 Formen der Adipositas.<sup>11</sup>*

E66.0- Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr

E66.1- Arzneimittelinduzierte Adipositas

E66.2- Übermässige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation

E66.8- Sonstige Adipositas

E66.9- Adipositas, nicht näher bezeichnet

*Mit der 2. Stelle hinter dem Komma wird der Grad der Adipositas bezeichnet.*

0 Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35 (leichte Adipositas)

1 Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40 (erhebliche Adipositas)

2 Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr (morbide Adipositas)

9 Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergrösse in m})^2}$$

Der Grad der Adipositas wird im ICD-10 mit dem Body-Mass-Index (BMI) angegeben. Von Übergewicht wird bei einem BMI von 25-29 gesprochen. Eine Adipositas<sup>12</sup> beginnt bei einem BMI von 30. Liegt der BMI bei 40 und höher, spricht man von einer morbiden Adipositas oder Adipositas permagna. Der BMI ist ein von der Körperhöhe unabhängiger Massstab zur Schätzung des Übergewichts. Er berechnet sich aus kg/m<sup>2</sup>. Bequemerweise lässt sich der BMI heute auf unzähligen Internetseiten berechnen. Zu bedenken ist, dass der BMI nur das Verhältnis von Körpergrösse und Gewicht ausdrückt. Diese Berechnung ist also eine blossе Schätzung der Fettmasse. Bei sehr muskulösen Menschen wie Bodybuildern führt die Berechnung des BMI zu Fehlbeurteilungen. Der wissenschaftliche Leiter des Europäischen Instituts für Lebensmittel- und Ernährungswissenschaften, Udo Pollmer, geht noch weiter, indem er mehr als deutlich macht, „der BMI sei nicht einmal aussagekräftig genug, um den Wert einer Sau zu berechnen.“<sup>13</sup> Zudem ist „die Beziehung zwischen BMI und Fettmasse bei Männer und Frauen und auch bei Menschen

<sup>10</sup> Weltgesundheitsorganisation, 2009

<sup>11</sup> Beim ICD mischen sich rein deskriptive Elemente mit ätiologischen Ansätzen und Folgeerkrankungen.

<sup>12</sup> Selten *Obesität*; im Engl. aber fast nur „obesity“

unterschiedlicher Rassen verschieden.“<sup>14</sup> Der BMI sollte deshalb nie als alleinige Definition verwendet werden. „Bei der Interpretation von BMI-Werten müssen mögliche Einflussfaktoren wie Lebensalter, Hydrations- und Trainingszustand ebenso berücksichtigt werden.“<sup>15</sup>

Welcher BMI wäre denn erstrebenswert? Viele Studien zeigen, dass Menschen mit einem BMI um 23 wahrscheinlich die höchste Lebenserwartung haben. Die Sterblichkeit steigt bei einem zu niedrigen und zu hohen BMI an<sup>16</sup>. In internationalen Veröffentlichungen hat sich seit ca. 1980 der BMI zur Klassifizierung der Adipositas durchgesetzt. Die meisten neueren Studien basieren auf diesem Wert.

### 3.1.2 Definition der Adipositas über den Taillenumfang (waist circumference)

„Der Taillenumfang ist ein grobes Mass für das viszerale Fett. Der Taillenumfang wird beim stehenden Patienten in Atemmittellage zwischen dem Unterrand der Rippen und dem obere Beckenkamm gemessen.“<sup>17</sup> Eine ähnliche Aussagekraft hat die Taillen-Hüft-Relation, welche unter dem Namen waist-to-hip ratio (WHR) international bekannt ist. Diese Masse sind für die metabolischen Folgen<sup>18</sup> der Adipositas noch bedeutsamer als der BMI. „Ob man aus gesundheitlichen Gründen [...] bei einem BMI zwischen 25-30 abnehmen sollte, hängt davon ab, wie gross der Fettanteil ist und wo das Fett im Körper gespeichert wird. [...] Das Fett im Bauchbereich belastet den Körper stärker.“<sup>19</sup> Ein erhöhtes Gesundheitsrisiko besteht bei einem Taillenumfang > 88 cm bei Männern sowie einem Taillenumfang > 80 cm bei Frauen<sup>20</sup>.

---

<sup>13</sup> Pollmer, 2005, S. 29ff.

<sup>14</sup> Petermann & Pudel, 2003, S. 32

<sup>15</sup> Volkert, 2006

<sup>16</sup> Müller, Mast, Bossy-Westphal und Danielzik, 2003, S. 37ff.

<sup>17</sup> Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008, S. 251

<sup>18</sup> Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus mit den Folgen Herzinfarkt und Schlaganfall

<sup>19</sup> Infanger, Welter und Walter, 2007, S. 17ff.

<sup>20</sup> Schweizerische Adipositas-Stiftung saps, 2007



### 3.1.3 Definition der Adipositas über die Körperzusammensetzung

Heute ist man dazu übergegangen, die Fett- und Magermasse von Menschen zu bestimmen. Im Folgenden werden drei häufig angewendete Methoden vorgestellt. Exakt und für wissenschaftliche Fragestellungen geeignet gelingt die Messung der Körperzusammensetzung mittels moderner bildgebender Verfahren, also Computertomographie (CT) oder der Dual-Energy X-Ray Absorptionsmetrie (DEXA), die sich als Standardmethode durchgesetzt hat.<sup>21</sup> Bei der DEXA wird mit Hilfe der Absorption schwacher Röntgenstrahlen auf das Körperfett geschlossen, wobei die unterschiedlichen Absorptionsraten von der Dichte der Knochenmineralien, des fettfreien Gewebes und des Fettgewebes abhängen. Auf dem boomenden Diät-Markt gibt es aber auch eine Unzahl von Geräten, die das Körperfett für den Hausgebrauch messen. Bei diesen Messinstrumenten, die meist auf der Bioelektrischen Impedanzanalyse beruhen, durchfließt eine geringe, nicht spürbare Strommenge den Körper. Dieser Stromdurchfluss erzeugt in den verschiedenen Körpergeweben unterschiedliche Widerstände. Aus den Widerstandsmessungen und anderen Größen lässt sich die Körperfettmasse bestimmen. Die verwendeten Stromstärken sind gesundheitlich unbedenklich, allerdings sollte bei Personen mit Herzschrittmachern diese Methode nicht eingesetzt werden. Die Zeitschrift ÖKO-Test<sup>22</sup> prüft seit Jahren Körperfettmessgeräte mit dem Ergebnis, dass fast alle Geräte ungenügende Ergebnisse liefern. Bei den meisten Geräten ist der angezeigte Körperfettanteil zu hoch. Zudem werden in den Handbüchern häufig falsche Angaben zur Interpretation der Messergebnisse gemacht. Durch diese Fehlinterpretationen wird einem „Normalgewichtigen“ fälschlich suggeriert, fettsüchtig zu sein.

---

<sup>21</sup> Herpertz et al., 2008, S. 251 ff.

<sup>22</sup> Steinert, 2003, S. 42 ff.

## 3.2 Diagnostik von Energieaufnahme und Verbrauch

### 3.2.1 Ernährungsprotokoll

Die Diagnostik der Energieaufnahme und des Verbrauchs ist bereits eine einschneidende therapeutische Intervention. Ehrlich betreiben deckt ein gutes Ernährungsprotokoll viele realitätsverzerrende Mythen über das eigene Essen auf. Oft besteht deshalb bei der Diagnostik der Energieaufnahme ein erheblicher Widerstand. Bei Therapiebeginn sollte deshalb auf dem Ernährungsprotokoll nicht beharrt werden. Zu viel diesbezüglicher Druck erhöht oft das Ausmass an Selbstbetrug. Bei manchen Patienten wächst das Verständnis für ein Ernährungsprotokoll langsam heran, andere finden eigene Wege, die Nahrungszufuhr zu drosseln. Dass hier viel Täuschung betrieben wird, fällt in der Theorie und der Praxis auf. So konnte „in grossen Untersuchungs-Surveys oft kein Zusammenhang zwischen Energieaufnahme und dem Körpergewicht gefunden werden, obwohl diese Grössen inzwischen gesichert eng korrelieren.“<sup>23</sup> Wie bei allen Interviewmethoden besteht auch bei Ernährungsprotokollen die Gefahr, dass es zu Verzerrungen im Hinblick auf soziale Erwünschtheit kommt. Das heisst, es besteht eine Tendenz von Personen, sich auf eine Art und Weise zu verhalten, von der sie annehmen, dass sie von anderen akzeptiert und positiv bewertet wird<sup>24</sup>. Viele Menschen schätzen den Nährwert von Essen nach der Nahrungsmenge ein. So ist zu beobachten, dass vor allem Frauen nach einigen Spargeln (300 g = 54 cal) vom Überessen reden und den übersättigten Bauch beklagen, dabei aber locker eine Stunde später ein „Milky Way“ verzehren und finden, es war leicht (26 g = 120cal). „Die Sättigung wird weniger über die Energiedichte, sondern vorwiegend über die Nahrungsmenge reguliert.“<sup>25</sup> Adipöse essen meist hochkalorische Lebensmittel und unterschätzen zudem die Quantität von Nahrungsmitteln erheblich<sup>26</sup>. Diesen Effekt sehe ich trotz langem Training immer noch an mir selbst. Wenn ich beobachte, was meine 55 kg schweren Kolleginnen verzehren, dann ist das leider immer noch deutlich weniger als das, was ich esse, obwohl ich den Eindruck habe, mich konstant zu mässigen. Weder Portionengrösse noch Hungergefühl sind gute Massstäbe für Menschen, die beim Essen aus dem Gleichgewicht geraten sind. Es ist enorm wichtig, eine Form der Selbstkontrolle zu finden, die den Selbstbetrug verhindert. Hierbei ist das Wiegen der Nahrungsmittel und das Berechnen der Kalorien ein zeitaufwendiger, aber guter Weg, um Selbstbetrug zu minimieren. Vielen ist dabei ein Computerprogramm, wie das von der NZZ vermarktete ebalance<sup>27</sup>, eine grossartige Hilfe. Andere kommen besser mit Listen zurecht, die den Tagesbedarf an Kohlehydraten, Protein und Fett vorgeben.

---

<sup>23</sup> Herpertz et al., 2008, S. 253

<sup>24</sup> Stroebe, Jonas und Hewstone, 2002, S. 675

<sup>25</sup> Herpertz et al., 2008, S. 246

<sup>26</sup> Lichtman, Pisarska, Berman et al., 1992

<sup>27</sup> <http://www.ebalance.ch>

### 3.2.2 Diagnostik des Energieverbrauchs

Der Energieverbrauch eines Menschen setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. dem Grundumsatz, 2. der Thermogenese, 3. dem Leistungsumsatz.

#### 1. Der Grundumsatz

Der Grundumsatz ist die Energiemenge, die der Körper pro Tag bei völliger Ruhe und bei einer Raumtemperatur von 24°C nüchtern zur Aufrechterhaltung seiner Funktionen benötigt.

„Der Anteil des Grundumsatzes am Gesamtenergieverbrauch beträgt beim Erwachsenen 55-70%. Er wird im Wesentlichen vom Alter, Geschlecht, der Muskelmasse und genetischen Voraussetzungen bestimmt.“<sup>28</sup> Bogardus, Lillioja, Ravussin et al. zeigen, dass der Grundumsatz zwischen Familien so erheblich variiert, wie das niemand vorher vermutete<sup>29</sup>. Der Grundumsatz<sup>30</sup> lässt sich auf Internetseiten schätzen. Präziser wird der Grundumsatz mittels Messung des Sauerstoffverbrauchs bestimmt, z. B. beim Stoffwechselspezialisten.

#### 2. Die Thermogenese

Unter Thermogenese wird der Verbrauch an Energie durch wärmeproduzierende Stimuli verstanden (Stress, Angst, Medikamente, Kälte- oder Hitzeexposition usw.). Der Anteil der Thermogenese beträgt insgesamt ca. 10% am Gesamtenergieverbrauch. Die nahrungsmittelinduzierte Thermogenese ist geschlechts- und altersunabhängig und hängt von Art und Menge der aufgenommenen Nahrung ab. Sie macht 8-15% des täglichen Energieumsatzes aus und entspricht 2-4% der mit Fett, 4-7% der mit Kohlenhydraten und 18-25% der mit Protein aufgenommenen Energiemenge. Die Thermogenese hält nach einer proteinreichen Mahlzeit ca. doppelt so lange an wie nach einer kohlenhydrat- oder fettreichen Mahlzeit gleichen Energiegehaltes. Die Verarbeitung von Proteinen braucht also wesentlich mehr Energie als Fett oder Kohlenhydrate<sup>31</sup>. Adipöse haben oft eine verminderte nahrungsinduzierte Thermogenese<sup>32</sup>.

#### 3. Der Leistungsumsatz

In der psychologischen Praxis ist die Messung der Aktivität mittels Pedometer am sinnvollsten. Diese Art der Messung ist simpel, mit wenig Aufwand verbunden und wie das Ernährungsprotokoll, Diagnostik und Therapie gleichzeitig. Unter 3000 Schritte täglich sind ein hoher Prädiktor für Übergewicht<sup>33</sup>. Ideal wären mehr als 10 000 Schritte täglich zur Gesundheitsprävention. Diese Schrittzahl wurde seit über 30 Jahren in Japan erforscht<sup>34</sup> und ist gut belegt. Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass eine gezielte Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag genauso wichtig ist wie strukturierte Sport- und Bewegungsprogramme<sup>35</sup>.

---

<sup>28</sup> Wirth, 2008, S. 107

<sup>29</sup> Bogardus et al., 1986

<sup>30</sup> <https://www.uni-hohenheim.de/wwwin140/info/interaktives/energiebed.htm> oder [www.ebalance.ch](http://www.ebalance.ch)

<sup>31</sup> Biesalski & Adam, 2004

<sup>32</sup> Wirth, 2008, S. 115

<sup>33</sup> Dwyer, Hosmer, Venn, Blizzard, Granger et al., 2007; Bravata, 2007

<sup>34</sup> Tudor-Locke & Bassett, 2004

<sup>35</sup> Hauner & Berg, 2000

### 3.3 Differenzialdiagnostik<sup>36</sup>

Adipositas ist auch eine körperliche Erkrankung. Bei einer gründlichen Voruntersuchung sind allfällige andere spezifische Erkrankungen auszuschliessen. Karam (2007) zeigt auf, dass dies häufig nur ungenügend stattfindet.

#### 3.3.1 Genetische Erkrankungen als Ursache einer Adipositas (Syndrome)<sup>37</sup>

„Mindestens 20 genetisch bedingte Syndrome, bei denen Adipositas als Symptom Bestandteil ist, sind beschrieben.“ <sup>38</sup> Bei der körperlichen Untersuchung muss deshalb auch auf Konstitution, Intelligenz, Tonus der Muskulatur, Ausprägung der Zehen, Finger und Genitalorgane geachtet werden.	
Prader-Willi-Syndrom	Symptome sind muskuläre Hypotonie, Fütterungsprobleme als Säugling, verzögerte motorische Entwicklung, massive Gewichtszunahme nach dem 12. Monat, Kleinwuchs, unterentwickelte Geschlechtsorgane u. a.
Bardet-Biedl-Syndrom	Veränderte Gesichtszüge, Vielfingerigkeit, Minderwuchs, verzögerte oder ausbleibende Pubertät u. a.
Alström-Hallgren-Syndrom	Netzhautdegeneration mit Erblindung, zunehmende Innenohrtaubheit, evtl. Hypogenitalismus, Germinalzellhypoplasie sowie Diabetes mellitus u. a.
Cohen-Syndrom	Gelenküberbeweglichkeit (Hyperextension), Hypotonie, kleiner Oberkiefer, der oft ein Stück nach hinten verlagert ist, grosse Zähne, hoher und schmaler Gaumen, Mikrozephalie u. a.
Sotos-Syndrom	Hauptmerkmale sind beschleunigtes Wachstum in den ersten fünf Lebensjahren, das Knochenalter ist höher als das chronologische Alter, Schädelanomalie mit vergrössertem Abstand der Augen und verbreitertem Nasenrücken, breite und hohe Stirn u. a.
Weaver-Syndrom	Grosswuchs-Syndrom mit beschleunigter Knochenreife, kraniofaziale und neurologische Anomalien und Fehlbildungen der Gliedmassen u. a.
Klinefelter-Syndrom	Keimdrüsenunterfunktion im Pubertätsalter, häufig überdurchschnittliche Erwachsenenengrösse, ungewöhnlich lange Arme und Beine, häufig gerötete bzw. verfaltete Ellenbogen, im Kleinkindalter Muskelschwäche u. a.

Tabelle 1: Genetische Erkrankungen als Ursache einer Adipositas (Syndrome)

<sup>36</sup> Herpertz et al., S. 250ff.: Liste von Erkrankungen, die bei einer Adipositas auszuschliessen sind.

<sup>37</sup> Als Quellen für die Zusammenfassung der Differentialdiagnostik dienten: *Roche Lexikon Medizin*, *Wikipedia* und die *ICD-10*.

<sup>38</sup> Siegenthaler & Blum, 2006, S. 198

### 3.3.2 Genetisch bedingte neurohormonale Störungen

Neurohormonale Störungen die mit Adipositas assoziiert sind, sind teilweise dominant erblich. Erste Publikationen finden sich dazu beispielsweise bei Stunkart Stunkart, Sörensen, Hanis et al. (1986).

*Folgende Gendefekte führen zu sehr früher manifester extremer Adipositas:*

Leptingen	Leptinmangel führt zu konstantem Hunger <sup>39</sup> .
Leptinrezeptor	Bekannt sind auch Mutationen des Leptinrezeptors. Das Sättigungssignal kann nicht weitergeleitet werden. <sup>40</sup>
Melanocortin-4-Rezeptor (MCR4)	$\alpha$ -Melanozyten-stimulierendes Hormon hemmt den Appetit. Mutationen im Melanocortin-4-Rezeptor (MCR4) wurden bei 2-5% der Adipösen gefunden <sup>41</sup> .
Ghrelin-Rezeptor-Gen	Mutationen des Gens wurden bei extrem übergewichtigen Kindern gefunden <sup>42</sup> .

Tabelle 2: Genetisch bedingte neurohormonale Störungen

### 3.3.3 Endokrine Ursachen der Adipositas

Hypothyreose	Bei einer Unterfunktion der Schilddrüse läuft der Stoffwechsel des Körpers langsamer ab als normal. Die Folge ist eine geringere körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Die Bestimmung des basalen TSH ist bei Adipösen obligatorisch!
Morbus Cushing	Eine übermäßige Cortisolproduktion, typische Fettverteilung (dünne Arme und Beine, dicker Rumpf mit „Büffelnack“, Gewichtszunahme, verringerte Muskelmasse und Osteoporose, arterielle Hypertonie, Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels (erhöhter Durst und häufiges Wasserlassen), Impotenz, bei Kindern eine Kombination aus Wachstumsstörung und Fettleibigkeit
Polyzystisches Ovarialsyndrom	Eine der häufigsten Stoffwechselstörungen geschlechtsreifer Frauen. In Europa sind 4 bis 12 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter betroffen. Symptom sind Zyklusstörungen und Adipositas.
Hypothalamischer Syptomkomplex	Ein destruktiver Prozess im Hypothalamus (z. B. Trauma, Tumor) kann zu Adipositas führen. <sup>43</sup>

Tabelle 3: Endokrine Ursachen der Adipositas

<sup>39</sup> Farooqi, Jebb, Langmack, Lawrence, Chettham et al., 1999

<sup>40</sup> Clément, Vaisse, Lahlou, Cabrol, Pelloux et al., 1998

<sup>41</sup> Farooqi, Keogh, Yeo, Lank, Cheetham et al., 2003

<sup>42</sup> Savastio, Bellone, Baldelli, Ferraris, Lapidari et al., 2006

<sup>43</sup> Görtzen & Veh, 2007

### 3.3.4 Pharmakogene Ursachen für Adipositas

Psychopharmaka	Einige Antidepressiva (z. B. trizyklische oder Mirtazapin), Lithium und praktisch alle Neuroleptika (z.B. Clozapin, Olanzapin) führen zu beträchtlicher Gewichtszunahme. <sup>44</sup> Dies stellt eine grosse Belastung für die Compliance dar.
Sexualhormone	<i>Progesteron</i> (Gestagen) begünstigt Essanfälle mit kohlenhydrat- und fettreicher Nahrung. <sup>45</sup> Dadurch steigt das Körpergewicht bzw. nimmt die Fettmasse zu. <i>Progesteron</i> fördert auch die zentrale Verteilung des Fettgewebes. <sup>46</sup> Vermindern sich postmenopausal die <i>Östrogene</i> , führt dies zu einem Abfall des Grundumsatzes <sup>47</sup> . <i>Östrogen</i> in der Menopause erhöht die Blutfette (Cholesterin und Triglyzeride) <sup>48</sup> , aber beugt aber wahrscheinlich einer Gewichtszunahme vor. <sup>49</sup>
Antidiabetika	Erhöhtes Insulin führt zu vermehrtem Hunger <sup>50</sup> . Insulin und Sulfonylharnstoffe führen deshalb zu einer Gewichtszunahme, Metformin wesentlich weniger.
Kortison	Kortison hat Einfluss auf den Stoffwechsel, insbesondere auf den Zucker- und Fettstoffwechsel und führt bei Langzeittherapie zu einer Gewichtszunahme. <sup>51</sup>
β-Blocker	β-Blocker führen zu einem leichten Gewichtsanstieg. <sup>52</sup>

Tabelle 4: Pharmakogene Ursachen der Adipositas

<sup>44</sup> Laux, Dietmaier und König, 2002

<sup>45</sup> Davidsen, Visten und Astrup, 2007

<sup>46</sup> Clark, Dillon, Sowers und Nichols, 2005

<sup>47</sup> Schweizerische Adipositas-Stiftung, 2007

<sup>48</sup> Schubert, Rogers, Remsberg und Sun, 2006

<sup>49</sup> Liang, Akishita, Kim und Ako, 2002

<sup>50</sup> Hamann, 2006

<sup>51</sup> Eger & Stratkis, 1958

<sup>52</sup> Arzneimittelkommission der deutschen Ärztesgesellschaft, 2004, S. 80

## 4 Epidemiologie der Adipositas

„Im Anthropometrie-Report der WHO von 1995 wurde überraschenderweise eine hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas [...] weltweit festgestellt.“<sup>53</sup> Vorher wurde Übergewicht nicht als globales Gesundheitsproblem wahrgenommen. Die Schätzungen zur Häufigkeit und Verteilung schwankten zunächst stark, da unterschiedliche diagnostische Kriterien und Datenbanken verwendet wurden. Ab ca. 1980 ist der BMI zentrales Kriterium. Garrow schrieb 1981 ein Manual zur Behandlung des Übergewichts, das auf dem BMI basiert und noch heute häufig zitiert wird. Neuere Arbeiten basieren auf BMI und Bauchumfang<sup>54</sup>, allenfalls auf dem WHR (Hüft-Taillen-Verhältnis). Trotz uneinheitlicher diagnostischer Kriterien und unterschiedlicher Stichproben ist es eindeutig, dass die Prävalenz der Adipositas weltweit ansteigt<sup>55</sup>. Es gibt nur wenige Regionen, wo Adipositas keine Rolle spielt: in Afrika südlich der Sahara ohne Südafrika und in ländlichen Gebieten Asiens<sup>56</sup>.

*Europaweit* wird intensiv zum Thema Übergewicht geforscht, da eine wachsende Zahl von Mitgliedstaaten Adipositas bei mehr als 20% der erwachsenen Bevölkerung aufweist. Mehr als 50% der gesamten europäischen erwachsenen Bevölkerung ist übergewichtig. Das HOPE-Projekt<sup>57</sup> (Health Promotion Through Obesity Prevention Across Europe, 2008) ist ein europäisches Wissenschafts-Netzwerk, das die Umweltfaktoren, Ernährungsinterventionen, körperliche Aktivität und Prävention von Übergewicht und Adipositas untersucht.

Die Adipositas hat in *Deutschland* von 1985 bis 2002 um rund 20% zugenommen. Die Prävalenz für Kinder beträgt 25%, für Jugendliche 6%. Bei niederem Sozialstatus tritt die Adipositas bei Frauen häufiger auf<sup>58</sup>.

Eine umfassende Studie aus *Österreich* zeigte 2006, dass die Hälfte der Männer, ein Drittel der Frauen und jedes 10. Schulkind übergewichtig sind. Jeder 10. Erwachsene in Österreich ist adipös, Kinder und Jugendlichen sind etwas weniger betroffen, häufiger tritt Adipositas in den östlichen Teilen des Landes und bei niederen sozialen Schichten auf<sup>59</sup>.

---

<sup>53</sup> Herpertz et al., 2008, S. 255

<sup>54</sup> Bramlage, 2008

<sup>55</sup> Prugger & Keil, 2007; Fähr, Marques-Vidal, Chiolerio und Bopp, 2008; WHO, 2000

<sup>56</sup> Haslam & James, 2005

<sup>57</sup> <http://www.hopeproject.eu/> (03.01.2009)

<sup>58</sup> Prugger & Keil, 2007; Haslam & James, 2005

<sup>59</sup> Kiefer, 2006

Diverse Studien aus der *Schweiz* von 1977 bis 2004 weisen auch darauf hin, dass Adipositas in diesem Zeitraum eindeutig zugenommen hat, sogar in den Studien mit selbst erhobenen Daten, in denen der BMI deutlich zu niedrig eingeschätzt wird<sup>60</sup>. „2002 waren 37% der Bevölkerung übergewichtig oder adipös, zehn Jahre zuvor waren es noch 30%.“<sup>61</sup>

Die Studie „Kosten der Adipositas“ des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)<sup>62</sup> zeigt, dass in der Schweiz jährlich ca. 3 Milliarden SFr. für die Adipositasbehandlung ausgegeben werden. Nur 1,6% dieses Geldes werden für die direkte Behandlung, der Rest für die Folgekrankheiten verbraucht. Da die Adipositas stark zunimmt, ist mit einem Anstieg dieser Kosten zu rechnen. Dies sind ca. 3% der Gesamtausgaben des schweizerischen Gesundheitswesens im Jahr 2003. Biesalski und Adam<sup>63</sup> oder Wirth<sup>64</sup> schätzen die Folgekosten in Deutschland eher noch höher ein (5% bzw. 8%).

Die Studie „Kosten der Adipositas“ führte zu einem umfassenden Massnahmenpaket des Bundes. Das BAG hat zusammen mit dem Bundesamt für Sport, der Gesundheitsförderung Schweiz, den Kantonen sowie weiteren wichtigen Akteuren der schweizerischen Ernährungs- und Bewegungspolitik das Nationale Programm Ernährung und Bewegung 2008-2012 (NPEB) erarbeitet. „Die Vision des NPEB ist es, die Bevölkerung und insbesondere die Jugendlichen zu motivieren, sich ausgewogen zu ernähren und genügend zu bewegen. Damit sollen Übergewicht, Adipositas, Essstörungen und weitere damit verbundene nicht übertragbare Krankheiten wirksam bekämpft werden.“<sup>65</sup>

„Adipositas nimmt mit dem Alter zu, vermutlich wegen des Rückgangs der Beweglichkeit und der Veränderung des Grundumsatzes, bei Beibehaltung der Essgewohnheiten.“<sup>66</sup> Heute finden sich aber immer mehr Kinder und Jugendliche, die bereits adipös oder gar schwerst adipös sind<sup>67</sup>.

---

<sup>60</sup> Fäh et al., 2008

<sup>61</sup> Stöckli & Keller, 2002

<sup>62</sup> Bundesamt für Gesundheit, 2004

<sup>63</sup> Biesalski & Adam, 2004, S. 255

<sup>64</sup> Wirth, 2008, S. 63

<sup>65</sup> Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2008

<sup>66</sup> Machleidt, Bauer, Lamprecht, Rose und Rohde-Dachser, 2004

<sup>67</sup> Health Promotion Trough Obesity Prevention Across Europe (HOPE), 2008



## 5 Verlauf und Prognose

Hippokrates schrieb in seinen Aphorismen: „Korpulenz ist nicht nur eine Krankheit selbst, sondern der Vorbote von anderen.“ Dass Adipositas nicht folgenlos bleibt, ist also schon seit ca. 2000 Jahren bekannt. Das MONICA-Projekt<sup>68</sup> der WHO (Multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease) wurde in den frühen 1980er Jahren in vielen Zentren auf der ganzen Welt zur Überwachung der Entwicklung bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen lanciert. Zehn Millionen Männer und Frauen wurden dabei zu zahlreichen Risikofaktoren untersucht. Zahllose Folgestudien belegen eindeutig, dass Adipositas ein Prädiktor für ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ist<sup>69</sup>. Für viele Länder wurde berechnet, wie viele Lebensjahre aufgrund welche Folgekrankheiten verloren gehen<sup>70</sup>. Das Mortalitätsrisiko ist bei Adipösen (BMI > 35) in Europa vor allem durch kardiovaskuläre Folgekrankheiten bedingt erhöht, wobei der Bauchumfang der bessere Prädiktor ist als der BMI<sup>71</sup>. Das heisst, prognostisch besonders ungünstig ist der androide, stammfettbetonte Adipositastyp<sup>72</sup>. „Der Beitrag der Adipositas zur Morbidität und Mortalität scheint sich aber über die Jahre mit der Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung zu verringern.“<sup>73</sup> Je günstiger die Lebensstilfaktoren, desto sicherer ist ein längeres Leben mit Lebensqualität. Im Mittelpunkt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität steht die Bewegungsfähigkeit eines Menschen<sup>74</sup>.

Wieviel ist denn zu viel? Von 1961 bis 1994 wurde die Mortalität von ca. 6000 übergewichtigen Patienten analysiert, die in der Adipositas-Ambulanz der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf untersucht und behandelt wurden. Die Patientengruppe wurde im Mittel über 14 Jahre verfolgt. Eine signifikante Erhöhung der Mortalität war erst bei einem BMI > 32 nachweisbar<sup>75</sup>. „Es besteht Konsens, dass geringfügiges Übergewicht keine Therapieindikation besitzt.“<sup>76</sup>

Interessant ist auch, dass Adipositas und Mangelernährung (Vitamin D- und Eisenmangel) häufig kombiniert vorkommen<sup>77</sup>.

---

<sup>68</sup> <http://www.ktl.fi/monica/> (03.01.2009)

<sup>69</sup> Health Promotion Trough Obesity Prevention Across Europe (HOPE), 2008

<sup>70</sup> James, Jackson-Leach und Ni Mhurchu, 2004

<sup>71</sup> Romero-Corral, Montori, Somer et al., 2006

<sup>72</sup> Corti, Hutter, Badimon und Fuster, 2004

<sup>73</sup> Bramlage, 2008

<sup>74</sup> Fremann & Wolfram, 2001

<sup>75</sup> Bender, Trautner, Spraul und Berger, 1998

<sup>76</sup> Pudel, 2008, S. 326

<sup>77</sup> Schneider, 2008

## 6 Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie der Adipositas ist bis heute unklar: In 99% der Fälle ist keine eindeutige organische oder psychische Ursache eruierbar. Der Verhaltenspsychologe Volker Pudel (2008) fragt sich „ob die in den meisten Fällen vorliegende Form der alimentären Adipositas überhaupt eine Störung ist oder die evolutionsbiologisch gewollte Normalvariante darstellt.“<sup>78</sup> Immer wieder wird Adipositas als ein kleiner „Fehler“ in der Energiebilanz oder als mangelndes Verständnis für den Energie-Haushalt des Körpers dargestellt. Es wird vorgerechnet, dass ein Kilo Körperfett 7000 Kalorien entspricht. Also 700 Kalorien eingespart, führt zu 100 g Gewichtsverlust,<sup>79</sup> oder umgekehrt: Täglich ein halber Apfel zu viel bewirkt in einem Jahr 1 kg mehr Gewicht auf der Waage. Wirth (2008) widerspricht dieser linear kausalen Erklärung. Viele Studien belegen, dass man bei übermässiger Nahrungszufuhr nicht proportional dicker wird. Der Körper schaltet auf einen Luxusmodus um und verbraucht mehr Energie, z. B. durch Thermogenese (alle schwitzen bei der fetten Weihnachtsgans). Demgegenüber wird im Körper ein Sparmodus aktiviert, wenn längere Hungerperioden auftreten. Bei Diäten sinkt demnach der Grundumsatz.

Isst man allerdings konstant übermässig Kohlehydrate und Fette, so ist die Energiebilanz erheblich verzerrt. Die Nutritrend-Studie des BAG 2002<sup>80</sup> zeigt, dass entsprechendes Wissen in der Bevölkerung fehlt oder nicht umgesetzt wird. Schweizer essen nicht täglich: Früchte (34%), Gemüse oder Salat (18%), Milchprodukte (14%). Milch, Fleisch, Obst werden abnehmend, Käse, Joghurt, Zucker hingegen zunehmend konsumiert. Die Nahrung in der Schweiz ist im Vergleich zu den WHO-Forderungen zu zucker- und fetthaltig.

---

<sup>78</sup> Pudel, 2008, S. 326

<sup>79</sup> Crisione, 2008

<sup>80</sup> Hoiginé, 2005

## 6.1 Hereditäre Faktoren

In der „Obesity gene map“<sup>81</sup> wurden 408 quantitative trait loci (QTL) im Zusammenhang mit Adipositas gefunden. „Die genetische Prädisposition zur Adipositas besteht mutmasslich aus einer grossen Zahl dieser kleinen Effekte. Es werden erhebliche Anstrengungen notwendig sein, um die entsprechenden Genvarianten zu identifizieren.“<sup>82</sup> Warum werden wir Menschen und unsere Haustiere immer dicker, die Wildtiere aber nicht? Gene und Psyche veränderten sich in den letzten 3000 Jahren bei Mensch, Haus- und Wildtier wohl nicht gravierend, aber die Lebensbedingungen der Menschen und ihrer Haustiere haben sich in den letzten 70 Jahren dramatisch gewandelt, die der Wildtiere nicht derart einschneidend. Daher stellt Haslam (2005) fest: „Adipositas ist weltweit so rasch im Zunehmen, dass dafür nicht alleine genetische Veränderungen verantwortlich gemacht werden können, sondern die Ursache liegt auch in Verhaltens- und Umwelteinflüssen.“<sup>83</sup>

### 6.1.1 Zwillingsstudien

„Genetische Faktoren bilden oft die Basis für die Entwicklung einer Adipositas. Umweltfaktoren bestimmen ihre Ausprägung.“<sup>84</sup> Studien mit eineiigen Zwillingen zeigten die wichtige Rolle von genetischen Faktoren neben Umgebungsfaktoren. Überernährung führt je nach genetischer Veranlagung zu mehr oder weniger Gewichtszunahme. Es besteht also eine starke Interaktion von Veranlagung und Umwelt<sup>85</sup>. Beispielsweise untersuchten Tholin, Rasmussen, Tynelius und Karlsson<sup>86</sup> 326 heterozygote und 256 monozygote männliche Zwillingspaare aus Schweden nach drei Kriterien: 1. kontrolliertes Essen aus Vernunft, 2. emotionales Essen, 3. unkontrolliertes Essen. Sie stellten fest, dass für alle drei Kriterien eine genetische Beeinflussung besteht. Das heisst, bei monozygoten Zwillingen tritt häufiger eine Übereinstimmung im Essverhalten auf als bei heterozygoten Zwillingen. Ein ethisch fragwürdiges Mastexperiment von Bouchard, Tremplay und Despres<sup>87</sup> (1990) an eineiigen Zwillingen zeigte, dass 86 000 cal Überschussenergie interindividuell zu 4 bis 14 kg Gewichtszunahme führten, wobei die erbidentischen Zwillinge ungefähr gleich viel an Gewicht zulegten.

Aber alle Untersuchungen weisen nicht auf die Vererbung des Gewichts als solches hin, sondern auf einen unterschiedlichen Bedarf an Nahrung, das heisst, Menschen brauchen unterschiedliche Nahrungsmengen, um ihr Gewicht konstant zu halten<sup>88</sup>.

---

<sup>81</sup> <http://obesitygene.pbrc.edu/> (07.01.2009)

<sup>82</sup> Wirth, 2008, S. 75

<sup>83</sup> Haslam, 2005, S. 1203

<sup>84</sup> Herpertz et al., 2008, S. 250

<sup>85</sup> Brunner & McCarthy, 2001

<sup>86</sup> Tholinet al., 2005

<sup>87</sup> Bouchard et al., 1990

<sup>88</sup> Toman, 2007a, S. 8

### 6.1.2 Neurohormonale Faktoren<sup>89</sup>

An vielen Stellen im neuroendokrinen System gibt es eine Überlappung zwischen Systemen, die die Nahrungsaufnahme regulieren, und Systemen, die für die Regulation von Stimmung und Befinden verantwortlich sind<sup>90</sup>. Das gesamte Interaktionssystem ist sehr komplex. Fehlsteuerungen können auf genetischen, aber auch auf psychologischen Faktoren beruhen<sup>91</sup>. Die zentrale Regulation des Appetits und die Steuerung der Energiebilanz erfolgen im Wesentlichen im Nucleus arcuatus des *Hypothalamus*. Dessen Neurone empfangen stimulierende oder hemmende Signale aus dem *Gastrointestinaltrakt*, dem endokrinen *Pankreas* und dem *Fettgewebe*.

#### *Hypothalamische Peptide*

Vereinfacht formuliert enthält der Nucleus arcuatus 2 Populationen von Neuronen, welche appetitregulierende Neuropeptide produzieren:

1. Neuropeptid Y (NPY) hat vielfältige Funktionen. Es stimuliert den Appetit, vermindert die Thermogenese<sup>92</sup>. Hohe NPY-Werte gehen mit Übergewicht einher<sup>93</sup>.
2. Melanocortin ( $\alpha$ -MSH) hemmt den Appetit. Wenn die eine Neuronenpopulation aktiviert ist, ist die andere gehemmt<sup>94</sup>.

#### *Fettgewebshormone*

Das Fettgewebe produziert eine Reihe von Faktoren (Adipokine), welche über zentrale Mechanismen den Appetit regulieren oder über die Beeinflussung peripherer Stoffwechselwege die Insulinsekretion erhöhen bzw. vermindern. Das von Adipozyten produzierte Leptin ist wichtiger Bestandteil der Regulation der Nahrungsaufnahme und spielt eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Körperfettmasse<sup>95</sup>. Die Rolle des Leptins und seiner Antagonisten ist beim Menschen noch nicht vollständig geklärt. Ein anderes Fettzellenhormon, das Adiponektin, stimuliert die Fettsäureoxidation in den Muskeln und in der Leber und verbessert so die Insulinsensitivität.

---

<sup>89</sup> Online-Lernmodule zur Inneren Medizin der Universitäten Bern, Basel und Zürich, <http://www.megru.uzh.ch/j3/module/endokrinologie/index.php?g=9> (04.01.2009)

Die Autoren des hier vereinfacht zusammengefassten endokrinologischen Modells sind: G. A. Spinas: Extraordinarius für Endokrinologie und Pathophysiologie und Leiter der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsspital Zürich; Philipp U. Heitz: Emeritierter Vorsteher des Departements Pathologie am Universitätsspital Zürich.

<sup>90</sup> Herpertz et al., 2008, S. 109

<sup>91</sup> Görtzen & Veh, 2007

<sup>92</sup> Thomas, Stephens, Basinski, Bristow et al., 2002

<sup>93</sup> Baranowska, Wolinska-Witort und Wasilewska-Dziubinska, 2003

<sup>94</sup> Obici, Zhaohui, Tan, LiSen, Karkanias und Rossetti, 2001

<sup>95</sup> Friedman & Halaas, 1998

***Gastrointestinale Hormone***

Verschiedene Hormone des Gastrointestinaltrakts üben eine sättigende oder appetitstimulierende Wirkung aus. Das von den Magenparietalzellen produzierte Hormon Ghrelin steigt kurz vor dem Essen (bei „leerem“ Magen) an und stimuliert den Appetit; es beeinflusst auch auch den Herzkreislauf und die Sexualität<sup>96</sup>.

---

<sup>96</sup> Savastio, Bellone, Baldelli, Ferraris, Lapidari et al., 2006

## 6.2 Umweltfaktoren

### 6.2.1 Nahrungseinflüsse

Eine derzeit favorisierte Theorie zur Ätiologie der Adipositas ist, sie als „biologisches Schicksal im Überfluss“<sup>97</sup> zu betrachten. Kalorienzufuhr und Kalorienverbrauch werden durch die Umweltbedingungen verändert. Eine Rolle spielen bauliche, soziale und wirtschaftliche Strukturen. Weiter spielt eine Rolle, dass kalorienreiche Lebensmittel oft günstiger sind und die Zahl der Fast-Food-Restaurants in der Umgebung kontinuierlich zunimmt<sup>98</sup>.

#### *Fettgehalt der Nahrungsmittel*

Zunächst wurde eine Korrelation zwischen der Zunahme des Fettanteils in der Nahrung in Industrieländern und der Zunahme der Adipositas festgestellt. Dies führte zu der Annahme, der hohe Fettanteil könnte Ursache der Adipositasepidemie sein. Viele Studien erfolgten zu fettrestriktiver und kohlenhydratliberaler Ernährung<sup>99</sup>. Auch bei unterschiedlichem Studiendesign sind die Ergebnisse konstant. So zeigen beispielsweise Lissner, Levitsky, Strupp, Kalkwarf und Roe (1987)<sup>100</sup> auf, was geschieht, wenn das gewohnte Nahrungsvolumen beibehalten, aber die Nahrungsdichte gesenkt wird. Es zeigte sich, dass bei unter 20% Fett die normalgewichtigen Testpersonen pro Woche im Schnitt 0,4 kg abnahmen. Bei einem Fettgehalt von unter 35% hielten die Probanden das Gewicht, und bei einem Fettgehalt unter 50% nahmen die Probanden zu. Walter Willet, Professor in Harvard<sup>101</sup>, machte sich jahrelang für die Fettarm-Bewegung stark. Seine eigene Studie an 300 000 Teilnehmern brachte ihn zur bitteren Erkenntnis, dass Fett nicht die alleinige Ursache für die Übergewichtsepidemie sein kann.

#### *Kohlenhydrate*

Durch die Atkins-Diät wurden lange Kohlenhydrate (< 20 g tägl.) als Ursache der Adipositas verschrien, das heisst, sogar Früchte wurden restriktiv gegessen. Ellrott (2006) stellt fest, dass es noch „keine kontrollierten Studien gibt, die zeigen, dass kohlenhydratarme Diäten auch eine erfolgreiche Stabilisierung des Gewichts über Jahre ermöglichen.“<sup>102</sup> Accurso (2008) verlangt eine kritische Neubewertung der Ansicht, es gäbe „genügend klinische Hinweise, dass eine kohlenhydratarme Kost die glykämische Kontrolle verbessert und die Schwankungen des Insulinspiegels reduziert. Nicht zuletzt ist sie zur Gewichtsreduktion genauso effektiv wie eine fettreduzierte Kost.“<sup>103</sup> Quintessenz ist, dass Fett und Kohlenhydrate wichtige Bestandteile unserer Nahrung sind, aber viel Energie transportieren und deshalb dosiert genossen werden sollten (ca. 45-55% der täglichen Kalorien in

---

<sup>97</sup> Benett, 1995

<sup>98</sup> Fähr, 2006

<sup>99</sup> Weststrate, 1992; Kendall, Levitzky, Strupp und Lissner, 1992; Ellrott, Pudel und Westenhöfer, 1995

<sup>100</sup> Lissner et al. 1987, S. 886

<sup>101</sup> Polmer, 2005

<sup>102</sup> Ellrott, 2006

<sup>103</sup> Accurso, 2008

Form von Kohlenhydraten<sup>104</sup>). Eine nahezu kohlenhydratfreie Ernährung ist nicht zu empfehlen, da „Personen, die sich der Atkins-Diät unterziehen, deutlich häufiger an Muskelkrämpfen, Durchfall, generellen Schwächeanfällen und Hautausschlägen leiden als Personen unter der empfohlenen fettarmen Diät.“<sup>105</sup> Nahrung mit hohem glykämischen Index fördert Adipositas<sup>106</sup>. Der glykämische Index (GI) ist ein Mass für den Anstieg des Blutzuckerspiegels nach dem Verzehr eines kohlenhydrathaltigen Lebensmittels. Beispielsweise haben Pralinen einen hohen, Äpfel hingegen einen tieferen GI. Je höher der GI ist, desto schneller steigt der Blutzuckerspiegel nach dem Verzehr des Nahrungsmittels an. Der Anstieg des Blutzuckers führt zur Insulinausschüttung, der Zucker wird verbrannt und es entsteht eine reaktive Hypoglykämie, die mit Hungergefühl einhergeht und erneute Nahrungsaufnahme bewirken kann<sup>107</sup>.

### 6.2.2 Verminderte körperliche Aktivität

Die Prävalenz der Adipositas ist in den letzten Jahren weiter angestiegen, obwohl die durchschnittliche Kalorienaufnahme und insbesondere der hohe Fettverzehr auch in Deutschland seit einiger Zeit leicht rückläufig sind. Also rückte der Bewegungsmangel in den Brennpunkt der Forschung. Malina<sup>108</sup> (2008) meint, dass die körperliche Aktivität in der Steinzeit ein zentraler Überlebensvorteil war und dies stehe im hochgradigen Gegensatz zu unserem Lebensstil heute. Regelmässige Bewegung hat für übergewichtige Personen positive Auswirkungen, die nicht nur auf den höheren Energieverbrauch zurückzuführen sind. Übergewichtige mit regelmässiger physischer Aktivität haben bessere laborchemische Parameter und ein niedrigeres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko als übergewichtige Personen ohne regelmässige Bewegung. Im Schnitt sitzen aber Adipöse zwei Stunden länger am Tag als Normalgewichtige. Die Gehgeschwindigkeit ist bei Übergewichtigen reduziert<sup>109</sup>. „Die aktiv zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurückgelegte tägliche Wegstrecke bei Kindern und Jugendlichen sank in den letzten Jahren deutlich, während gleichzeitig der Fernsehkonsum beträchtlich zunahm und eng mit der Zunahme des Körpergewichts verbunden ist.“<sup>110</sup>

---

<sup>104</sup> Biesalski & Adam, 2004

<sup>105</sup> Astrup, Larsen und Harper, 2004

<sup>106</sup> Thomas, Elliott und Baur, 2008

<sup>107</sup> Biesalski & Adam, 2004

<sup>108</sup> Malina, 2008

<sup>109</sup> Levine, McCrady und Lanningham-Foster, 2008

<sup>110</sup> Hauner & Berg, 2000; Huber, 2004

*Körperlich anstrengende Arbeit geht in der Schweiz zurück.*

	1964	2004
Dienstleistung	39%	71%
Industrie und Handwerk	46%	25%
Landwirtschaft	15%	4%

*Tabelle 5: Körperliche Arbeit in der Schweiz 1964 und 2004<sup>111</sup>*

Eine einzelne körperliche Anstrengung verbraucht relativ wenig Energie. Ein Mann, der 75 kg wiegt, verbraucht bei 18 Minuten flottem Gehen (6,5 km/h) 100 Kalorien.<sup>112</sup>

Um 1 kg (7000 cal) abzunehmen, müsste man also ca. 140 km weit wandern. „Neuere Empfehlungen zu körperlicher Aktivität betonen infolgedessen, dass zu einer Vermeidung von Übergewicht für Erwachsene 60 Minuten an täglicher moderater Aktivität erforderlich sind.“<sup>113</sup>

---

<sup>111</sup> Fähr, 2006

<sup>112</sup> <http://www.ebalance.ch/>; Vergleichsrechner (04.01.2009)

<sup>113</sup> Abu-Omar & Rütten, 2006



## 6.3 Psychische Faktoren

### 6.3.1 Tiefenpsychologische Erklärungsansätze

#### *Adipositas als Ausdruck einer neurotischen Konfliktbewältigung*

Gemäss der Objektbeziehungstheorie von Winnicott (1979) fühlen sich Säuglinge in den ersten Monaten mit ihren Müttern zu einer Einheit verschmolzen. Die Mutter wird als Teil von ihnen selber wahrgenommen. Die „ausreichend gute“ Mutter geht so weit auf die Bedürfnisse des Kindes ein, dass dieses sich nie ganz verlassen fühlt. Wenn die Mutter die unterschiedlichen Bedürfnisausserungen des Säuglings nicht adäquat wahrnimmt und differenziert beantwortet, so ist später die Wahrnehmung, Differenzierung und Abgrenzung von Gefühlen, Körperempfindungen und Bedürfnissen eingeschränkt, wie das bei vielen Adipösen der Fall ist<sup>114</sup>. Mit fortschreitender Entwicklung löst sich das Kind von der Mutter. Fühlt es sich nun einsam, benutzt es Übergangsobjekte, z. B. einen Teddybären, um sich in der Abwesenheit der Mutter zu trösten. Nahrung ist für den Essgestörten eine verfügbare und kontrollierbare Substanz analog zum Übergangsobjekt der Kindheit und wird wegen der tröstenden Wirkung missbraucht. Das kohlenhydratreiche Essen<sup>115</sup> wirkt analog zur Muttermilch beruhigend und senkt die libidinöse Spannung, ohne dass man einen bedeutsamen Anderen dazu braucht. Ein neurotisches Symptom wie die Esssucht symbolisiert immer Angst und Abwehr von infantilen Wünschen<sup>116</sup>. *Die Wünsche bei Adipösen* entstammen der ersten oralen Entwicklungsstufe nach grenzenloser Verbundenheit und Versorgung. Wunschregungen werden auf dieser Entwicklungsstufe als verschlingend erlebt, und zwar sowohl die eigenen wie auch die Wünsche der anderen<sup>117</sup>. *Die vorherrschende Angst* ist es, am Mangel der geliebten Person zu leiden. Das daraus resultierende aktive, abwehrbetonte und kontraphobische Verhaltensmuster ist die Selbstgenügsamkeit bzw. Autarkie. Fressattacken können Auflehnung gegen diese strengen Anforderungen an sich selber sein. Folge der Attacken sind Angst, Schuld und Scham. Es wird heimlich gegessen. Adipöse sind oft Personen mit einer vordergründig stark altruistischen Grundhaltung, die andere versorgen mit dem heimlichen Wunsch, Versorgung zurückzubekommen<sup>118</sup>. Der Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt wird durch beständige Nahrungsaufnahme und Inaktivität süchtig abgewehrt<sup>119</sup>. Betroffene haben grosse Angst vor dem psychischen Verhungern, der Verlassenheit und der Trennung. Das genital-libidinöse Begehren wiederzuerlangen, heisst auch, sich mit dem „Mangel“ zurechtzufinden, lernen, die Begrenztheit von Beziehungen zu akzeptieren und zu ertragen. *Die dominierende Abwehr ist die Regression auf die orale Stufe*. Die Angst vor dem ‚Mangel‘ des

<sup>114</sup> Bruch, 1991; zit. nach Reich & Cierpka, 2001, S. 190

<sup>115</sup> Spinas & Heitz, 2004

<sup>116</sup> Freud, 2003a [1916]

<sup>117</sup> Küchenhoff, 1994 [Vortrag, gehalten am 15.5.1994 im Rahmen des 9. Internationalen Brückenkongresses in Heidelberg zum Thema „Anorexia und Bulimia nervosa“]

<sup>118</sup> Freyberger, Schneider und Stieglitz, 2002; Arbeitskreis OPD, 2006

<sup>119</sup> Wilke, 2008 [Vortrag, gehalten am 5.5.2008 in Bad Malente-Gremsmühlen zum Thema Psychotherapie und Adipositas]

Anderen wird durch eine Lust kompensiert, die den Anderen ausschliesst (heimliches Essen). Orale Befriedigung anstatt genitale, man genügt sich selbst<sup>120</sup>. Auch Hoffmann, Hochapfel, Heuft und Eckhardt-Henn (2008) zeigen auf, dass die erhöhte Kalorienzufuhr der Abwehr von Unlustgefühlen dient. Als Beweis für diese These führen die Autoren an, dass es im Verlauf von gewichtsreduzierenden Kuren gehäuft zu depressiven Gefühlen und Ängsten komme, wenn die Abwehrstrategie des Essens wegfällt. Dies führe zu der Enttäuschung, dass Gewichtsreduktion nicht linear mit der Lösung der persönlichen Konflikte verbunden ist. Mit Hilde Bruch's Worten: Essgestörte „erwarten, Schlanksein werde nicht nur ihr Äusseres angenehmer machen, sondern auch ihre Lebensweise zum Besseren ändern.“<sup>121</sup>

### ***Essen als anerzogene Konfliktlösungsstrategie***

„Wenn jede Missbehagensäusserung eines Kleinkindes als Hungergefühl fehlinterpretiert wird, ist offensichtlich, dass falsche Essgewohnheiten durch interpersonales Verhalten induziert werden können. [...] Bei Menschen, für die eine interne Gleichsetzung zwischen Füttern und emotionaler Zuwendung aufgrund einer oralen Fixierung erfolgt, kommt es zum Missverständnis, durch ‚Essen‘ zur ‚Liebe‘ kommen zu können“<sup>122</sup>.

### ***Essanfälle als Spannungsminderung bei strukturellen Störungen***

Herzog (2008) vermutet: „Adipositas betrifft – mit weiter steigender Tendenz – ein Fünftel der Bevölkerung. Dies ist das Resultat eines komplexen bio-psycho-sozialen Prozesses und kann nicht einfach auf eine spezifische Psychopathologie der Betroffenen zurückgeführt werden. Aber innerhalb der Adipösen besteht eine Subgruppe von 8-10% von Patienten, die Fressanfälle mit Kontrollverlust erleben.“<sup>123</sup> Rudolf und Henningsen (2006)<sup>124</sup> betrachten diese Essanfälle als Ausdruck einer strukturellen Störung. Die von den anderen versagte Befriedigung verursacht Leiden. Das Leiden wird als unerträgliche Erregungsspannung erlebt. Eine Gegenmassnahme, welche beruhigend und strukturierend wirkt, ist unter anderem der Essanfall. Leichsenring (2006) stellt fest, dass die psychodynamischen Konflikte oft hinter dem Kampf mit dem Übergewicht und Essen verborgen sind. Durch die Stärkung der ICH-Funktionen und der Selbstfürsorge kann der Patient Konflikte und Affekte besser verarbeiten. Mit ICH-Funktion ist gemeint, innere und äussere Realität trennen können, Differenzierung von Affekten wie Aggression, Angst, Trauer, Wahrnehmung der Grenzen der Belastbarkeit, Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere, Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls, Kontrolle von Impulsen, um Triebansprüche angemessen regulieren zu können. Es bleibt zu diskutieren, ob nicht auch chronisches Überessen ohne Essattacken eine Ersatzbefriedigung ist, also stabilisierende Funktion hat und zu den strukturellen Störungen gezählt werden müsste.

---

<sup>120</sup> Bourcillier, 1992, S. 141ff.

<sup>121</sup> Bruch, 1980, S. 39

<sup>122</sup> Machleidt et al., 2004

<sup>123</sup> Herzog, 2008

### ***Übergewicht als Rebellion gegen gesellschaftliche Normen***

Die englische Psychoanalytikerin *Susie Orbach* betrachtet das Thema Esssucht von einem psychoanalytisch-feministischen Standpunkt aus. Die Autorin vertritt in ihrem 1979 erschienenen *Anti-Diätbuch* die These, dass weibliches Übergewicht durch die gesellschaftliche Benachteiligung der Frauen bedingt sei<sup>125</sup>. Die Betonung der äusseren Erscheinung, geformt durch Mode und diesbezügliche Industrien, wecke in vielen Frauen den Drang zur Rebellion. Übergewicht kann Zeichen dieser Rebellion sein. Frauen werden über das Schönheitsideal davon abgehalten, Macht zu erlangen. Eine Frau, deren Denken nur um die Figur kreist, werde niemals Bundeskanzlerin. Orbach setzt sich mit dem Übergewicht als Symptom auseinander. Sie geht davon aus, dass Esssucht nichts mit mangelnder Selbstdisziplin oder Willenskraft zu tun hat, sondern dass ein unbewusster Wunsch besteht, dick zu sein. Dicksein wird trotz dem damit verbundenen Leiden als Lösungsmoment in einer Konfliktsituation erachtet. Orbach betont, dass bei jeder adipösen Frau das Übergewicht etwas anderes symbolisiert, und entwickelt zusammen mit ihren Patientinnen viele Hypothesen zum Sinn des Symptoms Übergewicht: Übergewicht als Möglichkeit, den Raum einzunehmen, der den Frauen von der Gesellschaft versagt wird, Abwehr von Sexualität, Angst vor Konkurrenz. Essen sei für viele Mütter die einzige Möglichkeit, sich zu belohnen. Die ständige Beschäftigung mit der Figur bewahre Frauen davor, grössere Probleme zu sehen. Frauen hätten oft Mühe, ihre Bedürfnisse zu äussern, diese werden dann durch das Fett vermittelt.

Orbachs Ansicht steht Sigmund Freuds Arbeit „Der Sinn der Symptome“ von 1916 nahe. Es ist Orbach gelungen, Freuds Gedanken auch für Nicht-Psychoanalytiker zu veranschaulichen und durch feministisch-gesellschaftliche Perspektiven zu erweitern. Obwohl das *Anti-Diätbuch* im Tenor der 70er Jahre verfasst ist, wird es noch heute oft verkauft<sup>126</sup>, gelesen und intensiv im Internet<sup>127</sup> diskutiert. Dies ist ein starker Hinweis darauf, dass Orbachs Thesen immer noch viele Menschen ansprechen, wahrscheinlich insbesondere Frauen. Wenn allerdings Übergewicht nur Widerstand gegen die Frauenunterdrückung darstellen soll, dann müssten dicke Frauen glücklich sein, denn ein Rebell hat Selbstwertgefühl und ist sich seiner Sache sicher. Die Frage ist auch, wie man mit diesem Modell männliche Obesität erklären soll.

---

<sup>124</sup> Rudolf und Henningsen, 2006, S. 49

<sup>125</sup> Orbach, 2005, S. 14

<sup>126</sup> Das *Anti-Diätbuch* erschien 2005 in der 19. Auflage im Verlag der Frauenoffensive. Derzeit wurden 155 000 Exemplare verkauft.

<sup>127</sup> <http://www.abnehmen.com/abnehmen-in-den-medien/22200-uber-den-zusammenhang-von-schoenheitsidealen-und-essstoerungen.html> oder <http://www.kilosweg.de/literaturtips/24-lob-des-essens-von-susie-orbach.html> (15.01.2009) usw.

### 6.3.2 Verhaltenspsychologische Ansichten

#### *Die Psychogenese bei Adipositas aus verhaltenspsychologischer Sicht*

Gemäss Wirth (2008) meinen viele Psychotherapeuten, die Psychogenese bei Adipositas sei irrelevant. Auch mittels zahlreicher Fragebogen-Studien<sup>128</sup> konnten keine spezifischen Persönlichkeitszüge von Adipösen festgestellt werden. Wirth bemerkt dazu: „Viele frühere Untersuchungen zur Persönlichkeit wurden in klinischen Settings durchgeführt und beinhalten deshalb das Problem der Selektion.“<sup>129</sup> Der Vorwurf der falschen Stichproben wird vor allem der Tiefenpsychologie gemacht, die die Essstörungen auf eine orale Fixierung zurückführt. Die verhaltenspsychologische Lehrmeinung orientiert sich vor allem an psychosozialen, medizinischen und genetischen Aspekten der Adipositas<sup>130</sup>. Auch Herpertz, de Zwaan und Zipfel<sup>131</sup> beschreiben die Ursache von Essstörungen und Adipositas als ein „Zusammenwirken sozialer, psychischer und biologischer Bedingungen“. Die entwicklungspsychologischen Perspektiven des Übergewichts werden im verhaltenspsychologischen Kontext in den Studien zu Adipositas im Kindes- und Jugendalter deutlich<sup>132</sup>.

Diskriminierung führt zu Angst und Depression bei den Adipösen. Wirth fasst den derzeitigen verhaltensmedizinischen Konsens wie folgt zusammen: „Adipöse sind grundsätzlich nicht mehr oder weniger psychisch auffällig als Normalgewichtige. Depressivität und Angst sind jedoch häufiger anzutreffen.“<sup>133</sup> Bei Adipösen wurden in Schweden 3- bis 4-mal höhere Werte von Angst und Depression festgestellt<sup>134</sup>. Die erhöhte Angst und Depressivität bei Adipösen begründen Wirth<sup>135</sup> und mit ihm viele andere als Folge der Diskriminierung der Adipösen. So formulierten bereits Stunkard und Wadden (1992), dass Persönlichkeitsmerkmale bei Adipösen Folge der Diskriminierung seien und nicht Ursache der Adipositas. Pudel (2008) kommt im neuen Lehrbuch zur Verhaltenstherapie von Margraf und Schneider (2008) zu demselben Schluss. Auch er sieht psychische Probleme bei Adipösen als Folge und nicht als Ursache des Übergewichts. Pudel<sup>136</sup> schildert, dass nach operativen Eingriffen und 50 kg Gewichtsverlust sich die psychische Verfassung der Patienten dramatisch verbessert habe. Die von Pudel zitierte Nachuntersuchung wurde 14 Monate nach der Operation gemacht. Der klinische Alltag zeigt jedoch, dass die Gewichtsreduktionsphase zu einem Höhengedühl führt, die nicht selten in einer Depression endet. Aufgrund des kurzen Untersuchungszeitraumes konnten Spätfolgen wie Depression oder zahllose weitere Operationen nicht erfasst werden.

---

<sup>128</sup> Stunkard & Wadden, 1992; Diehl, 1991, und weitere

<sup>129</sup> Wirth, 2008, S. 101

<sup>130</sup> Pudel, 2008; Wirth, 2008, S. 101

<sup>131</sup> Herpertz et al., 2008, S. 4

<sup>132</sup> The MCKnight Investigators, 2003; Jacobi, 2005

<sup>133</sup> Wirth, 2008, S. 101

<sup>134</sup> Sarlio-Lähteenkorva, Stunkard und Rissanen, 1995

<sup>135</sup> Wirth, 2008, S. 100

<sup>136</sup> Pudel, 2008, S. 328

***Genetische Faktoren aus verhaltenspsychologischer Sicht***

Wie bereits besprochen, ist das Wechselspiel von Hunger und Sättigung für das Körpergewicht von elementarer Bedeutung. Beide Relationsgrößen sind von biologischen und psychosozialen Ereignissen beeinflusst. Die hypothalamischen Mechanismen der Regulation von Hunger und Sättigung unterliegen einer kortikalen Steuerung, die wiederum durch emotionale Vorgänge beeinflusst wird. Informationstechnisch ist Essen und der damit einhergehende Informationsfluss also ein äusserst komplexer Vorgang<sup>137</sup>.

***Umweltfaktoren aus verhaltenspsychologischer Sicht***

Die kulturell bedingte Überbewertung des Schlankheitsideals, rigide Essenszeiten, Auflösung der familiären Tischgemeinschaft, Fastfood und negative Bewertung der Adipositas – all dies führe laut Wirth schon im Kindesalter zu einem negativen Selbstbild der Adipösen<sup>138</sup>. Auch Herpertz et al.<sup>139</sup> sehen Umweltfaktoren als wichtige Ursache des Übergewichts an. Sie besprechen in ihrem Buch vor allem die kaloriendichte Nahrung, den Bewegungsmangel, das Fernsehen und die Migration.

***Diät und gestörtes Körperbild als Ursache einer Essstörung***

„Die frühesten Beziehungserfahrungen sind Körpererfahrungen, entsprechend sind die frühesten und schwersten Defizite solche des Körpererlebens und des primären Bezugs zum eigenen Körper.“<sup>140</sup> Die Kombination von gestörten Körperbild und Diätverhalten führt nicht selten zu einer manifesten Essstörung<sup>141</sup>. Dabei ist nicht „das tatsächliche Gewicht, sondern die Vorstellung übergewichtig zu sein, für die Vulnerabilität im Hinblick auf die Entstehung eines gestörten Essverhaltens verantwortlich.“<sup>142</sup> Die Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, insbesondere sich zu dick zu fühlen, ist ein weit verbreitetes Phänomen, das häufig mit einem gestörten Essverhalten einhergeht. Versuche, die Idealnorm – häufig ein unrealistisches Gewicht, das vor allem durch soziokulturelle Einflüsse definiert ist – zu erreichen, führen dazu, eine Diät zu beginnen.

---

<sup>137</sup> Wirth, 2008, S. 76ff.

<sup>138</sup> Wirth, 2008, S. 99

<sup>139</sup> Herpertz et al., 2008, S. 80

<sup>140</sup> Reich & Cierpka, 2001, S. 228

<sup>141</sup> Brunner & Resch, 2008; Haffner, Stehen, Roos, Klett und Resch, 2007

<sup>142</sup> Herpertz et al., 2008, S. 10

### 6.3.3 Verhaltensweisen, die zu Adipositas führen

#### *Binge Eating Disorder (BED)*

##### *Definition und Beschreibung*

Bei der Binge Eating Disorder kommt es zu periodischen Essanfällen mit Kontrollverlust über das Essverhalten. Im Gegensatz zur Bulimie oder Magersucht wird das Gegessene nicht erbrochen oder durch andere Massnahmen wie Sport ungeschehen gemacht, sodass längerfristig meist Übergewicht die Folge ist. BED ist die häufigste Essstörung bei Adipösen.

##### *Merkmale der Essanfälle<sup>143</sup>:*

1. Aufnahme einer grossen Nahrungsmenge in kurzer Zeit
2. Kontrollverlust über das Essen
3. Die Essanfälle sind mit mindestens 3 der folgenden Merkmale verbunden:
  - Schnelles Essen
  - Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
  - Essen ohne Hunger
  - Alleine-Essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
  - Gefühl der Selbstverachtung und Schuld beim Essen
4. Es besteht hinsichtlich der Essanfälle ein deutlicher Leidensdruck.
5. Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen pro Woche über 6 Monate auf.
6. Keine Kompensation durch Erbrechen, Sport oder Laxantienabusus

##### *Ätiologie, Pathogenese und Komorbidität*

Pudel und Westenhöfer (1998) erwähnen, dass nicht nur rigide Diät die Ursache von Essanfällen sei, sondern auch eine bestimmte prämorbid Persönlichkeit<sup>144</sup>. Menschen mit Depressivität, mit geringer Frustrationstoleranz, mangelnder Impulskontrolle und mit Schwierigkeiten im Umgang mit problematischen Situationen oder mit Emotionen neigen zu Binge Eating. Bei ca. 50% der Binge Eater besteht eine Komorbidität mit Depression und Angststörungen<sup>145</sup>.

Bruch (1978) meint, Menschen, die ihre eigenen Gefühle schlecht wahrnehmen, so auch das Hunger- und Sättigungsgefühl, neigten zu dieser Erkrankung. Eine weitere ursächliche Rolle können chronische Belastung und bestimmte familiäre Interaktionsmuster spielen. Essanfälle werden auch zur akuten Spannungsreduktion benützt. Durch das Versagensgefühl nach den Essanfällen wird die affektiv-labile Persönlichkeit noch ausgeprägter. In der klinischen Arbeit stellt man oft fest, dass Binge Eating enorm verheimlicht wird und manchmal erst nach Jahren der Therapie besprochen werden kann.

---

<sup>143</sup> Wirth, 2008, S. 103

<sup>144</sup> Pudél & Westenhöfer, 1998, S. 242

<sup>145</sup> Herpertz et al., 2008, S. 115

***Emotional Eating (Essen aus emotionalen Gründen)***

Die „emotional eater“ überessen sich bei starken Emotionen wie Wut, Angst oder Depression<sup>146</sup>. Häufig wird unmittelbar nach einem belastenden Ereignis, zum Beispiel nach einem langen Arbeitstag oder bei Langweile, gegessen. Manchmal fühlen sich emotionale Esser aus heiterem Himmel unglaublich hungrig. Die „emotional eater“ fühlen sich in der Regel unwohl, dabei offen ihre Gefühle zu zeigen oder darüber zu reden<sup>147</sup>.

***Night Eating Syndrome (NES)***

50 Prozent oder mehr der täglichen Nahrungsaufnahme findet in den Abendstunden statt. Nachtesser haben keine Lust zum Frühstück<sup>148</sup>. Wenn sie in der Nacht aufwachen, essen sie meistens, und zwar vor allem Kohlenhydrate<sup>149</sup>. Nacht-Esser haben höhere Depressionswerte und ein geringeres Selbstwertgefühl<sup>150</sup>.

***Schlafmangel und Dauerstress***

Viele Studien zeigen, dass Adipöse weniger und schlechter schlafen. Dies lässt darauf schliessen, dass subjektiver emotionaler Stress und die Behandlung der daraus resultierenden Schlafstörungen ein Dreh- und Angelpunkt der Adipositas Therapie sein könnte<sup>151</sup>. Auch das Abnehmen ist schwieriger. Das Cortison im Blut von gestressten Menschen ist deutlich erhöht, was die Fettverbrennung senkt<sup>152</sup>. Mit Stress nimmt man also langsamer ab<sup>153</sup> und isst dazu auch noch mehr, ohne Hunger zu haben<sup>154</sup>, denn im Stress wird die kognitive Kontrolle ausgeschaltet.

Das vermehrte Essen bei Stress oder emotionaler Belastung bestätigt die psychoanalytische Sicht Freuds<sup>155</sup>, dass unter steigendem äusseren Druck vermehrt zu kindlichen Konfliktlösungsstrategien gegriffen wird. Je stärker die orale Fixierung auf dem Entwicklungsweg war, desto kleiner muss die äussere Schwierigkeit sein, die zu einem Rückfall in ein früheres Stadium führt. Reich und Cierpka halten fest: „Das psychisch bedingte Überessen dient der Reduktion von negativen Empfindungen, hält konflikthafte Inhalte aus der Familie fern und entlastet von anstehendem Veränderungsdruck.“<sup>156</sup>

---

<sup>146</sup> Goossens, Braet, Van Vlierberghe und Mels, 2009

<sup>147</sup> Sonnenmoser, 2006

<sup>148</sup> Fairburn & Brownell, 2005

<sup>149</sup> Allison, Engel, Crosby, de Zwaan et al., 2008; de Zwaan, Roerig, Crosby, Karaz und Mitchell, 2006

<sup>150</sup> Marci, Gluck, Geliebter und Satov, 2001

<sup>151</sup> Vgontzas, Lin, Papaliaga, Calhoun, Vela-Bueno et al., 2008

<sup>152</sup> Spinass & Heitz, 2004

<sup>153</sup> Peppard, Young, Palta, Dempsey und Skatrud, 2000

<sup>154</sup> Rutters, 2008

<sup>155</sup> Freud, 2003b [1917], S. 353

<sup>156</sup> Reich & Cierpka, 2001, S. 193

## 7 Komorbidität

### 7.1 Physische Komorbidität<sup>157</sup>

Stoffwechselstörungen	Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie, erhöhtes Cholesterin und Triglyzeride, erhöhter Harnsäurespiegel bzw. Gicht
Kardiovaskuläre Erkrankungen	hohe Prävalenz für Hypertonie, Atherosklerose, venöse Insuffizienz, Vergrößerung der linken Herzkammer, Schlaganfall, Herzinfarkt
Gelenkschäden	Arthrosen (Knie und Hüfte), Rückenschmerzen
Metabolisches Syndrom	Symptomenkomplex, dessen zentrale Eigenheit eine Insulinresistenz bzw. Hyperinsulinämie ist, die durch das gehäufte Vorkommen von Diabetes mellitus Typ 2 (gestörte Glukosetoleranz), Dyslipidämie zentraler Adipositas und arterieller Hypertonie charakterisiert ist.
Gastrointestinale Erkrankungen	Gallensteinleiden, Refluxösophagitis
Lungenfunktion	Dyspnoe, obstruktive Schlafapnoe, Pickwick-Syndrom
Hormonelle Störungen	<i>Frau:</i> Zyklusstörungen; <i>Mann:</i> erniedrigter Testosteron- und erhöhte Östrogenspiegel bzw. Feminisierung des Körpers (Hüftspeck, Gynäkomastie)
Karzinomrisiko	Das Karzinomrisiko ist 50-100% erhöht. <i>Frauen:</i> Östrogenabhängige Tumoren sind deutlich häufiger (Mammakarzinom, Adeno-, Zervix- und Ovariakarzinom); <i>Männer:</i> Prostata- und Kolonkarzinom
Schwangerschaft	Frühgeburten, Bluthochdruck, Thrombosen
Operation	Erhöhtes Narkoserisiko, vermehrte postoperative Schwierigkeiten

Tabelle 6: Physische Komorbidität

<sup>157</sup> Quellen: Biesalski & Adam, 2004, S. 255ff.; Herpertz et al., 2008, S. 288ff.; Wirth, 2008, S. 161ff.



## 7.2 Psychische Komorbidität

Depression	Übergewicht und Depression korrelieren eng. Ein BMI > 30 erhöht das Risiko für eine Depression deutlich <sup>158</sup> , dabei besteht eine Relation zwischen dem Schweregrad der Essstörung und Depression <sup>159 160</sup> . Die meisten der zitierten Studien sind reine Querschnittsuntersuchungen. Eine Kausalität ist nicht zu bestimmen, z. B. ob Diskriminierung Adipöse depressiv macht. Aber es gibt auch genügend Studien, die belegen, dass Depression im Kindesalter ein Prädiktor für Adipositas ist <sup>161</sup> .
Angststörung	Auch Angststörungen korrelieren hoch mit Übergewicht <sup>162</sup> . Fairburn <sup>163</sup> stellt fest, dass dabei vor allem soziale Ängste eine Rolle spielen. Dabei hat die soziale Diskriminierung einen wichtigen Anteil an der Angst, sodass die Angststörung Ursache und Folge der Adipositas sein kann. Gerade diese Überlappung von begründeter realer und überzogener Angst macht es nicht leicht, bei den Adipösen Befürchtungen aufzulösen. Angststörungen korrelieren besonders hoch bei Adipösen, die auch eine Binge Eating Disorder <sup>164</sup> haben.
Selbstwert	Übergewichtige Menschen haben ein schlechtes Selbstwertgefühl, sind ängstlich und unsicher. Sie sind anfällig gegenüber äusseren Einflüssen und sehr angepasst. Extrem übergewichtige Menschen haben oft ein negatives Selbstbild, das durch ihr Umfeld in vielen Fällen verstärkt wird <sup>165</sup> .
Körperbild	Körperbildstörungen sind das Kernsymptom von Essstörungen <sup>166</sup> . Dabei werden die eigenen Körperproportionen über- oder unterschätzt. Zum Beispiel hält sich eine 90 kg schwere Patientin für zu dick, um in der Badewanne zu sitzen. Die Zu- und Abwendung vom eigenen Körper ist durch Zwänge anstatt durch Bedürfnisse organisiert. Es besteht eine Fixierung auf körperliche Aspekte der eigenen Person. Heftige negative Gefühle gegenüber dem eigenen Körper wie Ekel und Abscheu beeinflussen das Verhalten.

Tabelle 7: Psychische Komorbidität

<sup>158</sup> Simon, von Korff, Saunders, Miglioretti, Crane et al., 2006, S. 824-830

<sup>159</sup> Castellini, Lapi, Ravaldi, Vannacci, Rotella et al., 2008, S. 359-363

<sup>160</sup> Pudel, 2008, S. 327

<sup>161</sup> Cornette, 2008, S. 136-141.

<sup>163</sup> Fairburn & Brownell, 2005, S. 143

<sup>164</sup> Goldstein, 2005, S. 68

<sup>165</sup> Biesalski & Adam, 2004, S. 255

<sup>166</sup> Tuschen-Caffier, 2008, S. 82-92

### 7.3 Psychosoziale Folgen

Barocke Bilder mit üppigen Menschen zeigen, dass früher Wohlgenährtheit von einem hohen sozialen Status zeugte. Heute lässt sich das Gegenteil sagen: Je dicker der Mensch, desto tiefer sein soziales Ansehen. Ein Beispiel dafür ist, dass „stark übergewichtige Jugendliche nur schwer eine Lehrstelle finden, besonders in Berufen mit Publikumskontakt.“<sup>167</sup> An Schweizer Universitäten trifft man kaum je einen stark Adipösen, ausser in der Putzkolonne. Umfangreiche Studien<sup>168</sup> belegen diese persönlichen Eindrücke mit Zahlen. So sind zum Beispiel Frauen mit einem Hauptschulabschluss 4-mal häufiger adipös als solche mit einem Abitur. Wirth vertritt die Meinung, dass psychosoziale Nachteile für Übergewichtige oft gravierender sind als die organischen Krankheiten<sup>169</sup>. Viele Einrichtungen berücksichtigen die Probleme von Übergewichtigen nicht. Die Sitze im Kino, in der Oper oder den öffentlichen Verkehrsmitteln sind zu schmal, Telefonzellen zu beengend. Im Gartenrestaurant bleibt einem der enge Plastikstuhl am Hintern kleben, wenn man aufstehen möchte, oder die Sitzgelegenheit ist so niedrig, dass man sein Gewicht nicht mehr hochwuchten kann. Böse Sprüche bleiben da nicht aus. Hinter dem Rücken wird gewispert und gezischelt. So meiden viele Übergewichtige die Öffentlichkeit. Ein Teufelskreislauf von sozialer Phobie und Bewegungsmangel entsteht. Selbst gewöhnliche Aktivitäten werden anstrengender. Der Gang durch das Einkaufszentrum wird zu einer nicht alltäglichen sportlichen Leistung, zum Hindernislauf. Betritt man einen Kleiderladen, wird man schlicht übersehen, dabei wollte man doch nur den Schal hinten links ansehen. Depressivität und Isolation nehmen zu. Der Ekel über den eigenen Körper wächst, sodass sogar die persönliche Hygiene darunter leiden kann. Das Risiko für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit steigt<sup>170</sup>. Selbst Freundschaften sind für Dicke schwieriger zu finden<sup>171</sup>. Dass dies auch nicht neue Erfahrungen sind, zeigt Wilhelm Bantings 1861 verfasster „Offener Brief über Korpulenz an das gesamte Publikum“:

Jeder so Leidende ist oft in der Öffentlichkeit Bemerkungen ausgesetzt, und wenn er sich auch in seinem Gewissen wenig darum kümmert, so bin ich doch überzeugt, dass niemand, der an einem hohen Grade von Korpulenz leidet, ganz unempfindlich sein kann gegen die spöttischen Bemerkungen roher und unverständiger Leute bei öffentlichen Versammlungen, in Eisenbahnwagen, Postkutschen, Omnibus oder auf der Straße.<sup>172</sup>

Banting erfand darauf eine Diät, die auf Fett- und Kohlenhydratrestriktion aufbaute. Er nahm ab und konnte sein Gewicht sogar halten.

---

<sup>167</sup> „Abspecken für die Stifft“, Migros-Magazin Nr. 4, vom 19. Januar 2009

<sup>168</sup> Gortmaker, Must und Sobol, 1993; Danielzik & Müller, 2006: Studie zur Kieler Obesity Prevention Study

<sup>169</sup> Wirth, 2008, S. 56

<sup>170</sup> Rissanen, Heliövaara, Knekt, Reunanen und Aromaa, 1991; Gercke, 1972; Narbro, Jonsson, Larsson, Waaler, Wedel und Sjöström, 1996

<sup>171</sup> Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 1980

<sup>172</sup> Knorr-Anders, E. 1987

## 8 Therapie und Prävention

### 8.1 Evidenzbasierte Indikation in Bezug auf Therapie und Therapieziel

#### *Therapieleitlinien für eine Ernährungsumstellung*<sup>173, 174, 175</sup>

Bei einem BMI zwischen 25 und 29,9 sollte eine Gewichtsstabilisierung bzw. mässige Gewichtssenkung angestrebt werden, um die Entwicklung von Komorbiditäten und Adipositas zu verhindern. Grundsätzlich wird ein gesunder Lebensstil mit regelmässiger körperlicher Bewegung (3-5x wöchentlich), fettmoderate und ballaststoffreiche Ernährung als sinnvoll angesehen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Dabei sollen Lebensmittel mit einer geringen Energiedichte bevorzugt werden.

#### *Indikation:*

1. BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>
2. BMI > 25-30 kg/m<sup>2</sup>, wenn
  - übergewichtsbedingte Gesundheitsstörungen
  - abdominales Fettverteilungsmuster und
  - psychosoziale Probleme bestehen

#### *Therapieziel*

Die Behandlungsziele müssen realistisch und den individuellen Bedingungen und Wünschen angepasst sein. Da die Adipositas als chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung anzusehen ist, kommt es darauf an, über die eigentliche Phase der Gewichtsabnahme hinaus eine langfristige Gewichtskontrolle sicherzustellen. Dabei sollte eine Stabilisierung des Gewichts bzw. eine mässige Gewichtssenkung um 5 bis 10% dem Streben nach Ideal- oder Normalgewicht vorgezogen werden.<sup>176</sup>

#### *Folgende Behandlungsziele können im Einzelnen definiert werden:*

- Langfristige Senkung des Körpergewichts
- Verbesserung Adipositas-assoziiierter Risikofaktoren und Krankheiten
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (Ernährung, Bewegung)
- Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung
- Stärkung der Selbstmanagementfähigkeit und Stressverarbeitung
- Steigerung der Lebensqualität

---

<sup>173</sup> Zu den Autoren zählen viele der hier bereits zitierten Forscher: H. Hauner (federführend), G. Buchholz, A. Hamann, B. Husemann, B. Koletzko, H. Liebermeister, M. Wabitsch, J. Westenhöfer, A. Wirth, G. Wolfram

<sup>174</sup> Wirth, 2008, S. 264f.

<sup>175</sup> Stöckli & Keller, 2002

<sup>176</sup> Hauner, Buchholz, Hamann, Huseman et al., 2007; Zaudig & Trautmann, 2006, S. 5; Toman, 2007b, S. 8

## 8.2 Evidenzbasierte Therapiebausteine (SAPS<sup>177</sup>, BAG<sup>178</sup> und DAG<sup>179</sup>)

„Adipositas ist eine chronische Erkrankung [...] Bei befristeten Therapien kommt es in über 90% der Fälle nach einem initialen Erfolg anschliessend zu einem erneuten Gewichtsanstieg.“<sup>180</sup> Adipositastherapie ist also ein Projekt, das lebenslang andauert. Dazu gehören:

### ***Basisprogramm:***

1. *Ernährungsumstellung*: Langfristige Umstellung der Ernährung durch Fett- und energiereduzierte Mischkost, das heisst fettmoderat, polysaccharid- und ballaststoffreich und mit einem Energiegehalt, der eine Stabilisierung des Körpergewichts ermöglicht. Unter gewissen Umständen als Einstieg Ersatz von 1-2 Mahlzeiten durch eine Formuladiät<sup>181</sup>.
2. *Flexible Verhaltenskontrolle*: Selbstbeobachtung des Ess-, Trink- und Bewegungsverhaltens, zum Beispiel mit einem Esstagebuch und Bewegungsprotokoll (z. B. Pedometer), Einübung eines flexibel kontrollierten Essverhaltens, soziale Unterstützung, Verbesserung des Körperbildes und des Selbstwertes, Vermittlung von Strategien zur Rückfallprophylaxe (z. B. Selbsthilfegruppe, 1x wöchentliche Gewichtsbestimmung).
3. *Mehr Bewegung*: Initial wird eine körperliche Betätigung von 30 bis 45 Minuten 3-5x pro Woche empfohlen. Das langfristige Ziel ist mindestens 30 Minuten täglich. Die Patienten sollten zu vermehrten „alltäglichen“ Aktivitäten wie beispielsweise Gehen oder Velofahren anstelle von Autofahren, Treppensteigen statt Lift angeregt werden.

### ***Zusätzliche Möglichkeiten***

4. *Psychodynamische Therapie*: Beim Vorliegen spezieller Störungen des Essverhaltens ist eine psychologische Begleitung zu empfehlen sowie eine Psychotherapie bei psychischen Störungen.
5. *Chirurgische Intervention*: Für eine chirurgische Intervention kommen nur Patientinnen und Patienten in Frage, deren Body Mass Index über 40 kg/m<sup>2</sup> liegt (morbide Adipositas). Weitere Bedingungen sind die Rücksprache mit dem Vertrauensarzt der Krankenkasse, Alter < 60 Jahre, das Versagen einer adäquaten zweijährigen Therapie und das Vorliegen einer Folgeerkrankung<sup>182</sup>.

---

<sup>177</sup> Schweizerische Adipositas Stiftung: <http://www.saps.ch/>

<sup>178</sup> Bundesamt für Gesundheit, Schweiz: <http://www.bag.admin.ch/>

<sup>179</sup> Deutsche Adipositas-Gesellschaft: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/>

<sup>180</sup> Stöckli & Keller, 2002

<sup>181</sup> Nahrungersatz in Form von Fertigdrinks oder Biscuits, der mit Eiweiss, Vitaminen und Spurenelementen so angereichert wurde, dass eine Portion eine vollständige Mahlzeit abdeckt. Zum Beispiel ersetzt eine Modifast- oder Protiline-Mahlzeit à 200 cal ein Mittagessen à 700 cal.

<sup>182</sup> Stöckli & Keller, 2002, S. 9

## 8.3 Basisprogramm: Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltenstherapie

### 8.3.1 Ernährungstherapie

„Man kann grundsätzlich mit jeder Kostform abnehmen, die eine Energiezufuhr unterhalb des Energieverbrauchs gewährleistet.“<sup>183</sup>

Demzufolge kann man auch Gewicht verlieren durch Schwarzwälder-Torten-Diät und deftige Faustbrote mit Käse und Speck. Problem dabei ist, dass schon nach recht wenigen Bissen der Tagesbedarf verzehrt ist und danach gehungert werden muss. Auch wäre bei so einer Diät kaum der tägliche Bedarf an Vitaminen und Spurenelementen gedeckt. Es bleibt also schlussendlich nicht anderes übrig, als wirkliche Lebensstilmodifikationen zu akzeptieren. Eine Änderung des Lebensstils ist allerdings nur durchführbar, wenn der Patient zur Mitarbeit und Eigenverantwortung motiviert ist<sup>184, 185</sup>. Von Crash-Diäten ist abzuraten. Diese gehen immer mit Vorstellungen einher: „Erst leiden, dann sich schadlos halten!“ Wirth und auch die Deutsche Adipositasgesellschaft schlagen ein 4-stufiges Modell zur Ernährungstherapie vor.

#### **4-stufige Ernährungstherapie**<sup>186</sup>

*1. Stufe: Fettaufnahme von ca. 60 g pro Tag: Gewichtsreduktion ca. 4 kg in 12 Monaten*  
Fettarme Kost ist leichter zu realisieren als eine 1200 cal-Diät; sie sättigt besser, ist schmackhafter und gewährt mehr Lebensqualität<sup>187</sup>, wenn man komplexe Kohlenhydrate (also keinen Zucker) ad libitum isst (bis max. 500 g pro Tag). „Dieses Konzept ist ausserdem geeignet, um nach einer Phase der Gewichtssenkung eine langfristige Stabilisierung des Körpergewichts zu erreichen.“<sup>188</sup>

*2. Stufe: Energiereduzierte Mischkost: Gewichtsreduktion 5 kg in 12 Monaten*  
Energiedefizit 500-800 cal pro Tag. „Neben einer Fettbegrenzung wird auch der Verzehr von Kohlenhydraten und Eiweiss reduziert. Durch gesteigerten Verzehr von pflanzlichen Produkten wird eine Senkung der Energiedichte bei Erhalt der Sättigung erreicht. Diese Ernährungsform ist weitgehend nebenwirkungsfrei und auch langfristig wirksam. Sie gilt weiterhin als Standardtherapie der Adipositas.“<sup>189</sup>

*3. Stufe: Ersatz von 1-2 Mahlzeiten durch Formulaprodukte (Eiweissgetränk, Riegel à ca. 200 cal): Gewichtsabnahme 6,5 kg in 12 Monaten*

---

<sup>183</sup> Wirth, 2008, S. 278

<sup>184</sup> Wirth, 2008, S. 270; Pudel, 2008, S. 339

<sup>185</sup> Hauner et al., 2007, S. 10

<sup>186</sup> Wirth, 2008, S. 288; Hauner et al., 2007, S. 11ff.

<sup>187</sup> Shah, McGovern, French und Baxter, 1994

<sup>188</sup> Biesalski & Adam, 2004, S. 260ff.

4. Stufe: Energiemenge 500-1000 cal pro Tag: Gewichtsabnahme 0,5-1,5 kg pro Woche. Dies darf max. 3 Monate durchgeführt werden. „Sehr niedrig kalorische Kostformen (< 800 kcal/d) kommen nur bei Personen mit BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> in Frage, die aus medizinischen Gründen kurzfristig Gewicht abnehmen sollen. Eine Formuladiät sollte stets von Bewegungssteigerung begleitet sein. Spätestens nach 12 Wochen sollte eine Umstellung auf eine mässig hypokalorische Mischkost zur Gewichtserhaltung erfolgen. Eine Mitbetreuung durch Spezialisten ist wegen des erhöhten Nebenwirkungsrisikos angezeigt. Auf eine Trinkmenge von mindestens 2,5 l pro Tag ist unbedingt zu achten.“<sup>190</sup>

### **Die anderen häufig empfohlenen Diäten:**

*Low carb* oder *Atkins-Diät* (kohlenhydratarme, fett- und proteinreiche Nahrung) führt in den ersten 6 Monaten zu mehr Gewichtsverlust (ca. 3,5 kg)<sup>191</sup>, nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede mehr. Langfristige Beobachtungen an 10 000 Probanden zeigten, dass die Atkins-Diät zu einem höheren BMI führt als andere Diäten<sup>192</sup>. Eine Atkins-Diät ist aus heutiger Sicht nicht zu empfehlen.

*Die LOGI-Methode*<sup>193</sup> (Low Glycemic Index) ist eine kohlenhydratreduzierte Ernährungsform, die auf Ernährungsempfehlungen für übergewichtige Kinder und Jugendliche der Adipositasambulanz der Harvard-Universitätskinderklinik aufbaut. Sie wird im deutschsprachigen Raum vor allem durch den Ernährungswissenschaftler Nicolai Worm propagiert. Die Kost mit niedrigem glykämischem Index (GI), also der Verzehr von Kohlehydraten mit langsamer Verdauung, das heisst geringem Anstieg des Blutzuckers, führt zu besserer Sättigung und zu geringerer Stimulation der Lipogenese<sup>194</sup>. Auf dem Speiseplan stehen vor allem viel Stärkefreies bzw. Stärkearmes: Gemüse, Salate, frische Früchte sowie reichlich eisweisshaltige Nahrung wie Fleisch, Geflügel und Fisch. Süsse Früchte sollen mit Bedacht genossen werden. Durch die Kohlenhydratrestriktion wird der Blutzuckerspiegel auf konstant niedrigem Niveau gehalten. Bei einer Kost mit niedrigem GI werden die Risikofaktoren positiv beeinflusst. Proteinreiche, fett- und kohlenhydratar-me Kost führt zu gesunder Gewichtsabnahme mit wenigen Risikofaktoren<sup>195</sup>. Eine Ausnahme bilden Patienten, deren Harnsäurespiegel aufgrund einer Nierenerkrankung zu hoch und deren Nierenfunktion eingeschränkt ist. Die Methode ist aber zu wenig dokumentiert, sodass die DAG sie nicht empfiehlt<sup>196</sup>. *Die heutigen Ernährungsempfehlungen bei der Adipositas-therapie* basieren auf der Limitierung des Nahrungsfetts. Die Nahrungsaufnahme

---

<sup>189</sup> Biesalski & Adam, 2004, S. 260ff.

<sup>190</sup> Biesalski & Adam, 2004, S. 260ff.

<sup>191</sup> Samaha, Iqbal, Seshadri, Chicano, Daily et al., 2003; Foster, Wyatt, Hill, McGuckin, Brill et al., 2003

<sup>192</sup> Kennedy, Bowman, Spence, Freedman und Kin, 2001

<sup>193</sup> Worm, 2006

<sup>194</sup> Brand-Miller, Holt, Pawlak und McMillan, 2002

<sup>195</sup> Skov, Toubro, Roenn, Holm und Astrup, 1999

<sup>196</sup> Wirth, 2008, S. 283

wird aber ansonsten dem Patienten freigestellt, ist also Kohlenhydrat-liberal<sup>197</sup>. Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung<sup>198</sup> schliesst sich dieser Empfehlung nahezu an, schlägt jedoch zusätzlich vor, die Kohlenhydrate möglichst in Form von Nahrungsmitteln mit einem niedrigen glykämischen Index (GI) zu verzehren, also bevorzugt Gemüse zu essen.

### ***Was man einkauft, wird man auch essen!***

„Abnehmen beginnt beim gezielten Einkaufen.“<sup>199</sup> Wichtig ist es, keine süßen oder hochkalorischen Lebensmittel im Haushalt zu lagern, die zum raschen Verzehr geeignet sind, wie zum Beispiel Brot in Scheiben, das eingefroren ist und je nach Tagesbedarf aufgetaut wird. Wenn man ohne Plan ins Lebensmittelgeschäft stürzt, passiert es schnell, dass unbewusste Reflexe die Oberhand gewinnen, und schon ist eine Schokolade eingepackt. Es gelten also immer noch die alten Regeln, nicht hungrig einkaufen, Einkaufszettel schreiben, Zeit zum Einkauf planen und Verpackungsangaben lesen. Zu hochkalorische Lebensmittel müssen mittels bewusster Entscheidung wieder ins Regal zurückgelegt werden. Bei diesem Prozess geht es darum, Selbstbelügungen abzubauen (Ich esse dies nur in kleinen Häppchen, ich brauche das für meine Kinder oder meinen Mann, ich serviere in einer Woche das meinen Gästen usw.). Besser man kauft sich etwas bei wachem Bewusstsein und isst es ohne Scham und Reue. Dies minimiert Essattacken.

---

<sup>197</sup> Kendall et al., 1992; Ellrott et al., 1995; Linssner, Levitzky, Strupp, Kalkwarf und Roe, 1987; Shah et al., 1994; Toubro & Astrup, 1997

<sup>198</sup> Infanger et al., 2007, S. 32-99

<sup>199</sup> Infanger et al., 2007, S. 69

### 8.3.2 Verhaltenstherapie

#### *Warum wollen Menschen überhaupt abnehmen?*

Im Internet, in den Millionen von Abnehmforen, wird dies so und ähnlich ausgedrückt: „Ich sehe aus wie ein Walross. Ich erkenne mich kaum wieder und schäme mich so dermassen. Ich glaub, mich trifft der Schlag. Ich habe so doll zugenommen und es irgendwie verdrängt. Klar, ich weiss wie ich mich fühle – dick, unförmig. Und naja, ich dachte aber dennoch, mir wäre klar, wie ich aussehe. Pustekuchen! Nichts weiss ich. Ich schau in den Spiegel und ich weiss ja, ich habe ziemlich zugenommen, aber ich seh mich gerade gar nicht so, wie ich auf den Bildern aussehe, Selbstschutz?“<sup>200</sup> Oder: „Hallo, ich hasse mich. Ich schaffe es nicht, meine Diät durchzuziehen. Ich hatte ein paar Kilo abgenommen, die ich wieder drauf habe. Ich würde am liebsten sterben. Ich hasse mich. Ich will nicht mehr leben. Es dreht sich nur noch alles um Essen bei mir. Ich stopfe mich den ganzen Tag voll. Ich hasse mich. Ich hasse mich.“<sup>201</sup> Forster (1997), ein renommierter Adipositas-Experte, formuliert sechs Hauptgründe, weshalb seine Patienten abnehmen wollen: Aussehen, körperliches und psychisches Wohlbefinden, Kleidergrösse, gesundheitliche Besserung und soziale Akzeptanz.

#### *Wann ist eine Gewichtsstabilisierung wahrscheinlich?*

Teixeira, Going, Sardinha und Lohman (2005) fanden in einer Metaanalyse aus 41 Studien folgende Prädiktoren für die Gewichtsstabilisierung: Erreichtes Gewichtsziel, hoher Ausgangs-BMI, viel Bewegung, regelmässige Mahlzeiten, Frühstück, Fettreduktion und wenig Snacks. Daraus ist zu folgern, dass die Gestaltung eines Bewegungsprogramms, das Einüben eines regelmässigen Mahlzeitenrhythmus und eine flexible Kontrolle des Essverhaltens in der Therapie einen geeigneten Stellenwert haben. Eine Analyse der Ernährungsgewohnheiten, am besten durch das Führen eines Esstagebuches, muss im Zentrum einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten stehen<sup>202</sup>.

#### *Prädiktoren für einen Rückfall in alte Essgewohnheiten*

Quintessenz aller Therapien ist, dass der Patient lernt, unter den jetzigen Nahrungsbedingungen und aufgrund der individuellen genetischen Disposition ein bestimmtes Körpergewicht zu stabilisieren. Der Patient darf die erarbeiteten Einstellungen und Verhaltensweisen nicht als zeitlich begrenzte Diätvorschriften auffassen, sondern muss sie als zeitlich überdauernde Langzeitstrategien begreifen<sup>203</sup>. Die dazu nötigen „Verhaltensänderungen“ erfolgen in kleinen Schritten und müssen über einen längeren Prozess eingeübt werden.

---

<sup>200</sup> <http://www.die-abnehm-seite.de/abnehmen-forum/archive/index.php/thread-791.html> / (13.02.2009)

<sup>201</sup> <http://www.abnehmen.com/ernaehrung/34733-ich-hasse-mich.html> / (13.02.2009)

<sup>202</sup> Stöckli & Keller, 2002

<sup>203</sup> Pudel, 2008, S. 333



Das Abnehmen erfolgt also bewusst langsam, dafür aber mit lang anhaltendem Erfolg.<sup>204</sup> Je restriktiver und unflexibler eine Diät ist, desto weniger ist sie alltagstauglich. Extreme Einschränkung der Energiezufuhr, starre Diätpläne, Verbote, starke Fremdkontrolle führen zum Abbruch<sup>205</sup>. Auch „unrealistische oder überehrgeizige Ziele, niedrige Selbstverwirklichungserfahrung von Adipösen, mangelndes Problembewusstsein und eine negative Kosten-Nutzen-Bilanz führen zur Wiederaufnahme des alten Essverhaltens.“<sup>206</sup>

### ***Ziel der Verhaltensmodifikation***

„Ziel der Verhaltensmodifikation ist, mit den **geringsten** Verhaltensänderungen den ernährungsphysiologisch höchsten Effekt zu erzielen. [...] Alle Änderungen sollten nach dem Prinzip der flexiblen Kontrolle geplant werden.“<sup>207</sup> Konkret geht es darum, dass man das fettreiche „Gipfeli“ mit ca. 180 cal durch ein Vollkornbrötchen (Graham) mit ca. 113 cal oder die Schweinsbratwurst mit ca. 300 cal durch eine Geflügelbratwurst mit ca. 160 cal ersetzt. Lebensgewohnheiten sollten so weit als möglich respektiert und in die Verhaltensmodifikation eingeplant werden. Essgewohnheiten und Vorlieben können mit etwas Nachdenken meist auch niedrig kalorisch befriedigend umgesetzt werden. Konkret: Wer gerne Aufschnitt zum Frühstück konsumiert, sollte dies in einer angepassten Form tun (100 g Aufschnitt gemischt, 234 cal, vs. Geflügellyoner, ca. 90 cal).

### ***Gruppentherapie***

Wirth (2008) empfiehlt Verhaltenstherapie in Gruppen. Wichtige Stichworte sind Selbstbeobachtung, Verhaltensvertrag, Entwicklung eines Essplanes, Steigerung der körperlichen Aktivität, Problemlösetraining, Training der sozialen Kompetenzen und Rückfallprophylaxe. Auch Herpertz et al. (2008) belegen, dass Gruppen wirksam sind<sup>208</sup>. Wichtig sind Auffrischungssitzungen (1-2x monatlich) in der Nachbehandlungsphase über mehrere Jahre. Die Gruppentherapie bietet zudem nicht nur die Möglichkeit, ein verhaltenspsychologisches Programm kostengünstig durchzuführen, sondern auch die Chance, bedingt psychodynamische Konflikte aufzuarbeiten. Bei den meisten Gruppentherapien sprechen die Teilnehmer über das, was sie gerade beschäftigt, und teilen Assoziationen möglichst frei mit. Dadurch entsteht eine unstrukturierte Situation, in der Teilnehmer Beziehungserfahrungen aus ihrer Kindheit und die damit verbundenen Gefühle wieder erleben. Der Ausdruck von Gefühlen, der emotionale Zusammenhalt in der Gruppe und das gemeinsame, zwischenmenschliche Lernen führt zu neuen Erfahrungen, die über die Herkunftsfamilie hinausreichen.<sup>209</sup>

---

<sup>204</sup> Infanger et al., 2007, S. 33

<sup>205</sup> Infanger et al., 2007, S. 26

<sup>206</sup> Wirth, 2008, S. 268ff.

<sup>207</sup> Pudel, 2008, S. 337

<sup>208</sup> Herpertz et al., S. 325

<sup>209</sup> Bion, 1971; Graf & von Salis, 2003

### 8.3.3 Bewegungstherapie

Wie bereits erwähnt, verordnete schon Hippokrates den Übergewichtigen morgendliche Spaziergänge. „Nicht nur Fitnessgurus und Schlankheitsköniginnen pfeifen es seit Jahren von allen Dächern. Es steht mittlerweile auch in jeder Zeitung und wird uns fast täglich von Fernseh- und Radiomoderatoren aufs Frühstücksbrötchen geschmiert: Wir bewegen uns zu wenig.“<sup>210, 211</sup> Übergewicht und Bewegung ist demnach ein altes, aber immer noch ungelöstes Problem. Robertson und Vohora (2008) befragten Fitnessprofessionals und -trainer über ganz England verteilt zu ihrer Einstellung gegenüber schlanken und dicken Kursteilnehmern. Mit adipös verbanden die Befragten die Begriffe schlecht und faul. Dicke machen oft die Erfahrung, dass beim Sport über ihre Unbeholfenheit gelacht wird; bei der Einteilung von Mannschaften bleiben die Dicken übrig. Auch wenn dies alles ausbleibt, ist die Leibesertüchtigung ein einziger, riesiger Frust. Beim Waldlauf keucht der Betroffene noch auf halbem Wege, wenn andere schon unter der Dusche stehen; an der Kletterstange bemüht sich der arme Wurm vergeblich, die Erdanziehung zu überwinden; bei der Bergwanderung erreicht man den Rastplatz just dann, wenn alle anderen weiterziehen usw. Die unaufhörliche Reihe von Frustrationen führt dazu, dass sich Übergewichtige früher oder später vom Sport zurückziehen, daheimbleiben, sich noch weniger bewegen und darüber hinaus oft jeglicher Bewegung gegenüber eine tiefgreifende Aversion entwickeln. Dass Bewegungsmangel bzw. Umweltfaktoren, die dies begünstigen, wesentlich zum Übergewicht beitragen, zeigen Studien<sup>212</sup> zu den Pima-Indianern. Unter dem Druck der Einwanderung teilte sich der Stamm in zwei Hälften. Der eine Teil blieb im heutigen Arizona und erhielt Reparationszahlungen vom Staat. Der andere Teil wanderte nach Mexiko aus. Das Leben der Pimas dort ist kärglicher und ursprünglicher, als das der Pimas in Arizona. Die Pimas in Arizona gehören zu der dicksten Bevölkerung der gesamten USA, während die Pimas in Mexiko schlank blieben.

#### *Sich regen bringt Segen*<sup>213</sup>

Auch Hauner und Berg (2000) sehen im Bewegungsmangel eine Hauptursache für die weitere Zunahme der Adipositas. Der Fettkonsum sei sowohl in den USA wie in Deutschland rückläufig, trotzdem nimmt die Adipositas zu. Es ist erwiesen, dass die Distanz der täglich zu Fuss zurückgelegten Wegstrecke abnimmt und die tägliche Zeit vor dem Fernseher steigt. Nötig wäre eine aktive Lebensweise in der Freizeit und 3x 30 min Sport pro Woche. Vor allem im höheren Lebensalter ist Bewegungsmangel häufig. Bei Kalorieneinschränkung hält körperliche Bewegung den Rückgang des Grundumsatzes in Grenzen. Fitness

---

<sup>210</sup> Pape, Schwarz und Gillessen, 2006

<sup>211</sup> Weltgesundheitsorganisation-Europa, 2007 (Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas)

<sup>212</sup> Ravussin, Valencia, Esparza, Bennett und Schulz, 1994; Binkert, 2009, S. 41f.

<sup>213</sup> Worm, 2006

senkt die Risikofaktoren, die Morbidität und Mortalität. Earnest<sup>214</sup> (2008) vertritt die Meinung, man müsse aus der sitzenden Stellung herauskommen. Er empfiehlt 30 min pro Tag körperliche Aktivität an 5 Tagen pro Woche. Auch die Schweiz soll aktiver werden. So stellte vor kurzem die „Südostschweiz“<sup>215</sup> das Projekt des Bundesamtes für Sport vor, um Schulklassen zu täglicher Bewegung zu motivieren. Die Kinder konnten vielfältige Bewegungsspiele wie Klettergarten, Schwingen, Karate und Balancieren ausprobieren. Dass es nicht nur um Ernährungsumstellung, sondern auch um mehr Bewegung in der Bevölkerung geht, macht sich auch in der vielfältigen profanen Ernährungsliteratur bemerkbar. So heisst denn auch das neue populärwissenschaftliche Buch von Pudel<sup>216</sup> „Pfundsfit“. Schon der Titel impliziert, dass es ohne Gymnastik nicht geht. Im Buch wird ein Trainingsprogramm<sup>217</sup> vorgeführt und zu mehr Bewegung im Alltag geraten. Bezeichnenderweise handelt es sich bei dem Mitautor von Pudels neuem Werk, Wolfgang Schlicht, um den Direktor des Instituts für Sportwissenschaften der Universität Stuttgart. Von ihm liegen zahlreiche Veröffentlichungen über den Zusammenhang von körperlicher Aktivität und körperlich-seelischer Gesundheit vor. Überzeugende Ideen zum Thema Sport liefert auch das Buch „Abnehmen mit dem inneren Schweinehund.“<sup>218</sup> Das ansprechend und lustig gestaltete Werk zielt darauf ab, Änderung der Gewohnheiten mit dem „inneren Schweinehund abzusprechen“. „Der innere Schweinehund schützt Sie. Wenn sie sich schon bewegen, dann sollten Sie nicht nur an die verbrannten Kalorien denken, sondern Lust an der Bewegung empfinden.“<sup>219</sup> Die Steigerung der Alltagsaktivität hat einen ähnlichen Nutzen wie strukturierte Sportprogramme. Schweiger und Peters<sup>220</sup> zeigen auf, dass Adipöse nach strukturierten Sportprogrammen sparsamer mit unbewussten Bewegungen umgehen und eine Rückkehr in den Ruhezustand anstreben. Pedometer, den ganzen Tag getragen, helfen, sich aktiver zu bewegen, auch nach einem Sportprogramm.

### ***Praktische Empfehlungen***

Die „heutige Datenlage lässt keinen Zweifel, dass regelmässige körperliche Aktivität in der Prävention und Therapie der Adipositas einen hohen Stellenwert einnimmt.“<sup>221</sup> Wichtig ist es, die Aversion vieler Adipöser gegenüber der Bewegung subtil anzugehen und aggressive Gegenübertragung von Therapeuten zu vermeiden. So empfehlen Hauner und Berg (2000), mit einfachen Aktivitäten auf niedriger Belastungsstufe zu beginnen. Allerdings divergieren die Sichtweisen eines durchtrainierten Fitnessinstructors und eines stark Adipösen darüber, was eine niedrige Belastungsstufe ist, in starkem Masse. Meist ist bei hochgradiger

---

<sup>214</sup> Earnest, 2008, S. 14-16

<sup>215</sup> Südostschweiz vom 13.02.09

<sup>216</sup> Pudel & Schlicht, 2006

<sup>217</sup> Pudel & Schlicht, 2006, S. 42

<sup>218</sup> Von Münchhausen & Despeghel, 2006

<sup>219</sup> Von Münchhausen & Despeghel, 2006, S. 16

<sup>220</sup> Glomp, 2009, S. 54f.

<sup>221</sup> Hauner & Berg, 2000

Adipositas von Fitness-Institutionen nicht viel Hilfe zu erwarten. Zentral wäre es, eine Bewegungsform zu finden, die man im Alltag durchhält und die auch mit einer gewissen Lust verbunden ist. Vielleicht ein regelmässiger Schaufensterbummel oder ein kleiner Spaziergang zum Bänkchen auf der Wiese? Wer in einer grösseren Ortschaft wohnt, findet mittlerweile auch Fitnessangebote für Übergewichtige. Eine Gruppe Gleichgesinnter kann sehr motivierend sein, ein Programm durchzuhalten.

Adipöse haben durch die dauerhafte Überlastung meist Arthrosen von Knie- und Hüftgelenken. Die Bewegungen müssen also dem Bewegungsapparat angepasst werden. So ist bei schwerst Adipösen Treppensteigen sinnvolles Training für Herz und Kreislauf. Stossartige Belastungen wie die Treppe hinunter zu gehen oder Jogging verursachen jedoch eine zusätzliche Abnutzung des Gelenkknorpels, führen zu Schmerzen und sollten deshalb vermieden werden. Auch das Benutzen von Walking-Stöcken, weichgefederten Schuhen mit einer Geleinslage und das Anwenden einer gut eingeübten Gehtechnik sind wichtig.

Es wird behauptet, dass es gesund sei, jeden Tag einen Apfel und eine Banane zu essen, um genügend Kalzium zu erlangen. Man muss anscheinend auch eine Orange täglich verzehren, wegen des Vitamin C, dazu eine Tasse grünen Tee trinken (ohne Zucker), um das Cholesterin im Körper zu vermindern, dann 5x die Woche trainieren und sich mehr im Alltag bewegen usw. Wo bleibt da noch Zeit für Lebensfreude und freien Willen? „Zweifellos, wir leben im Zeitalter der real existierenden Gesundheitsreligion.“<sup>222</sup> Diätsadismus und Fitnesswahn kann langfristig keine Adipositas permagna beheben. Früher oder später führt eine reine Willensaktion zur seelischen und körperlichen Gegenregulation und auch zum gesunden Widerstand. Es ist eine schwierige, mühsame Gratwanderung, sich angemessen zu ernähren und zu bewegen, ohne in erneute Zwänge zu verfallen.

---

<sup>222</sup> Lütz, 2005

## 8.4 Adipositas im Rahmen einer psychoanalytischen Psychotherapie

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, alle psychoanalytischen Denkfiguren hier auszubreiten. Zur Strukturierung des weiten Feldes sollen die evidenzbasierten Therapie-richtlinien des BAG<sup>223</sup> dienen, anhand derer hier einige Aspekte der Psychoanalyse skizziert werden, als Auseinandersetzung mit dem, was viele Experten als derzeitige Realität vereinbart haben und als einleuchtende Adipositas-therapie betrachten.

### 8.4.1 Indikation für eine Psychoanalyse bei Adipositas

Wie bereits in Kapitel 5 zur Ätiologie ausgeführt, gibt es nicht DIE Ursache der Adipositas und ebenso wenig DIE Adipositas-therapie. Auch die Psychoanalyse kann da keine Heilversprechungen oder einfache Lösungen anbieten. Wie jede andere Therapie hat sie ihre Risiken und Nebenwirkungen, die nicht voraussehbar sind, und auch für psychoanalytische Therapien gilt Pudels Satz: „Der Unterschied zwischen Gewichtsreduktion und Adipositas-therapie ist, dass für einen Therapieerfolg nur der Langzeiteffekt zählt.“<sup>224</sup> Zudem ist die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Adipösen wenig erforscht<sup>225</sup>. Auch ist die Psychoanalyse für das Gesundheitswesen eine kostspielige und zeitintensive Methode, also sicher keine Lösung, die zur Behebung der Adipositasepidemie zweckmässig ist. Eine Psychoanalyse ist demzufolge nicht indiziert für all jene Adipösen, die über die Jahre langsam, aber stetig unmerklich dicker geworden sind und nun abmagern möchten, dabei aber eigentlich ein geordnetes Essverhalten pflegen. In vielen Fällen reicht da eine fortschrittliche Ernährungsberatung oder ein Online-Coaching wie ebalance aus.

Bei einer Psychoanalyse kann nicht der BMI Basis einer Therapieindikation sein. Für eine Psychoanalyse entscheiden sich nur jene Patienten, die einen hohen Symptomdruck haben, z. B. durch Essattacken (Binge eating Disorder), gestörtes Körperbild, mangelnden Selbstwert usw. Auch haben die Patienten einen unbewussten oder vorbewussten Wunsch nach Integration und sind daran interessiert, die Gründe für ihr Vielessen herausfinden. Die analytische Haltung während der Vorgespräche erlaubt es dem Patienten, etwas von dem zu erfahren, was Psychoanalyse bedeutet, damit er die freie Wahl hat zu entscheiden, ob er diese Arbeit eingehen möchte oder nicht<sup>226</sup>.

---

<sup>223</sup> Stöckli & Keller, 2002

<sup>224</sup> Pudel, 2008, S. 334

<sup>225</sup> Herpertz et al., 2008, S. 325; Wirth, 2008, S. 320

<sup>226</sup> Quinodoz, 2003

#### 8.4.2 Therapieziel einer Psychoanalyse bei Adipösen

Generell ist das Therapieziel einer Psychoanalyse die Wiederherstellung von Arbeits- und Genussfähigkeit<sup>227</sup> und die Gesundung des Nervensystems als Ganzes, nicht die Beseitigung eines isolierten Symptoms<sup>228</sup>. An die Stelle von Triebbefriedigung mittels neurotischem Symptom sollen Formen der Triebbefriedigung treten, die selbst- und fremdschädigendes Verhalten ausschliessen<sup>229</sup>. Das Begehren wiederzuerlangen, heisst auch, sich mit dem „Mangel“ zurechtzufinden, sodass man sich der Aussenwelt wieder zuwenden kann und dort Befriedigung findet. Klinische Studien weisen darauf hin, dass „gelöste psychodynamische Konflikte mindestens kurzfristig zu einer Normalisierung des Essverhaltens führen“.<sup>230, 231</sup> „Psychodynamische Therapien helfen, die Fähigkeit Adipöser zu verbessern, mit schmerzlichen Gefühlen umzugehen, insbesondere solche, die mit Trennung und Verlassenheit verbunden sind.“<sup>232</sup>

#### 8.4.3 Das Symptom bzw. Gedanken zu Ernährung und Bewegung

Gemäss psychoanalytischer Theorie ist zum Beispiel Übergewicht ein Platzhalter für Wunschwelten, die sprachlich nicht manifest mitgeteilt werden können. Unbewusst werden sie deshalb über die Körpersprache inszeniert. Der Körper ist Träger dieser wichtigen Botschaften, die sich der bewussten Wahrnehmung des Betroffenen entziehen<sup>233</sup>. Im Körper wird eine abgespaltene Beziehungserfahrung reinszeniert. Diese Beziehungserfahrung ist nicht beliebig, sondern eine Beziehungserfahrung der oralen Phase. Im Fressanfall wird Entspannung durch hochkalorische Nahrung gesucht, die analog zur Muttermilch Gelöstheit im ganzen Körper bewirkt<sup>234</sup>. Deshalb erstrecken sich Fressanfälle von Adipösen auch nicht auf Gurken oder Tomaten. Befriedigung wird so durch Nahrungsmittel unabhängig von der Umwelt erlangt, und der Wunsch nach Entspannung muss nicht hinausgezögert werden. Sollen nun mit diesem Wissen im Hintergrund dem Patienten Informationen über Ernährung vermittelt werden? Es ist zum Beispiel evidenzbasiert auf der Stufe A<sup>235</sup> und persönliche Erfahrung, dass das Führen eines Ernährungstagebuches<sup>236</sup> wesentlich zur Gewichtsreduktion beiträgt. Und wie steht es mit dem glykämischen Index, der scheinbar

---

<sup>227</sup> Freud, 2003b [1917], S. 431-445.

<sup>228</sup> Freud, 1999a [1913], S. 453-478.

<sup>229</sup> Freud, 1997 [1905], S. 15-35.

<sup>230</sup> Von Hippel und Pape, 2001

<sup>231</sup> Schmidt, Schmid-Ott und Lamprecht, 1998a und 1998b

<sup>232</sup> Glucksman, 1989

<sup>233</sup> Freud, 2003a [1916], S. 258-272.

<sup>234</sup> Freud, 1999b [1920], S. 3-69.

<sup>235</sup> Stöckli & Keller, 2002; Hauner et al., 2007

<sup>236</sup> Mit Ernährungstagebuch oder Essprotokoll ist hier eine individuelle Strategie gemeint, um die Kalorienlimite von 1400-1800 cal täglich einzuhalten. Mittlerweile gibt es digitale Esstagebücher wie ebalance oder den Coop Online-Coach, Esstagebücher für das iPhone und vieles mehr, aber es reicht auch aus, sich Notizen auf ein Abfallpapier zu machen und dieses am Abend wegzuerwerfen.

nicht wesentlich zur Gewichtsreduktion beiträgt<sup>237</sup>? Und doch gehört es zur Erfahrung vieler Menschen, dass 200 cal in Form von Zucker gegessen schneller wieder zu Hunger führen als 200 cal in Form von Tomaten. Leicht kommt man da auf die Idee, dies alles an eine Ernährungsberaterin zu delegieren, eine Spaltung also, hier die Psychologin, die einem seelisch versorgt, und dort die böse Ernährungsberaterin, die Süßigkeiten zum Trost verbietet. Diese Aufteilung dissoziiert das Setting, analog zur Dissoziation beim Fressanfall<sup>238</sup>. Der Fressanfall ist eine Bewusstseinspaltung, bei dem die eine Hand unwillkürlich zum Kühlschrank greift, obwohl die andere Hand genau weiss, dass dies ein Fressanfall ist und gestoppt werden sollte. Hilft da Ernährungsberatung überhaupt?

Reich und Cierpka (2006) formulieren folgende Empfehlungen:<sup>239</sup>

Der psychodynamisch arbeitende Therapeut sollte in seiner Arbeit Hilfsmittel wie Essprotokolle und Esstagebücher nutzen, und, wenn es ihm von der Kenntnis her möglich ist, auch Absprachen über das Essverhalten treffen, um die Patienten an die Wahrnehmung ihrer Konflikte und Affekte heranzuführen, die oft hinter dem Kampf mit dem Übergewicht und dem Essen verborgen sind.

Es kann nicht Sinn der Psychoanalyse sein, wichtige Aspekte wie Bewegung und Ernährung einfach abzuspalten und an andere Instanzen zu verweisen. Aufgabe des Therapeuten ist es vielmehr, als Hilfs-Ich dem Patienten zur Seite zu stehen und das Material in klassischer Norm und Form zu analysieren. Es darf bewusst werden, dass der Patient sich mit einem „Schoggiprügeli“ prügelt. Dem Therapeuten darf es auch auffallen, wenn der Patient zu- oder abnimmt. Kleidung, Gewicht usw. sind szenische Informationen, die in die Therapie Eingang finden müssen. Wie beim „Lattenzaun-Gedicht“ von Morgenstern spielen in der Begegnung mit dem Patienten Lücke und Latte eine Rolle, also das vom Patienten Gesagte und das Nichtgesagte. Wie viel vom Wissen des Therapeuten sollte in der Schwebe gehalten und wie viel manifest gemacht werden? Sicher darf es nicht sein, dass der Psychoanalytiker die klassische Grundhaltung aus den Augen verliert und dem Patienten eigene Ernährungsvorstellungen aufschwätzt, das heisst, die analytische Position des voraussetzungslosen Einlassens auf den Patienten aufgibt, sich zum Ratgeber und „Immer-schon-gewusst-Habenden“ stilisiert, der das Ergebnis schon kennt. Es kann aber auch nicht sein, dass stark obese Patienten jahrelang eine Psychoanalyse absolvieren, ohne dass Essen und Gewicht thematisiert werden, in der irrigen Hoffnung, wenn neurotische Konflikte gelöst werden, dann löse sich das Symptom schon von alleine auf.

Einleuchtend kann dies anhand des Symptoms der Suizidalität erklärt werden:

Suizidales Verhalten muss als Notsignal akzeptiert und in seiner subjektiven Bedeutung erarbeitet werden. Nahezu jeder Suizidversuch enthält als wesentliches Element einen Appell an menschliche Bindung. Ein Suizidversuch ist

---

<sup>237</sup> Wirth, 2008, S. 284

<sup>238</sup> Hoffmann et al., 2008, S. 367

<sup>239</sup> Reich & Cierpka, 2006, S. 156ff.

immer ernst zu nehmen und es müssen auch bei suizidalen Gesten therapeutische Massnahmen in Erwägung gezogen werden.<sup>240</sup>

Übergewicht in extremer Form ist Suizid auf Raten. Es ist ein Notsignal, das erkannt und angesprochen werden muss. Der Ernst der Lage gestattet es nicht, dass vor lauter Kontemplation, Zurückhaltung und gleichschwebender Aufmerksamkeit der Blick gar nie auf das Übergewicht fällt. Es macht keinen Sinn, den Appell des Adipösen nach Bindung und Versorgung systematisch zu frustrieren. Gespräche zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Adipositas, Selbstbeobachtungen in Bezug auf Essen und Bewegung haben auch im Rahmen einer psychoanalytischen Psychotherapie ihren Platz, schon allein aus gesundem Menschenverstand, eben jenem Menschenverstand, der schon Hippokrates dazu bewogen hat, seinen korpulenten Patienten vor dem Morgenessen einen flotten Spaziergang zu verordnen, oder Wilhelm Banting 1861 beflügelte, Fett und Kohlenhydrate restriktiv zu sich zu nehmen.

### ***Konfrontation und Deutung***

Wenn wir lange genug gewartet haben und die Übertragungsreaktion dem Patienten zugänglich geworden ist, [...] dann sollte der Analytiker versuchen, den Patienten mit der betreffenden Übertragungsreaktion zu konfrontieren. Er sagt dann etwa: Sie scheinen Wut oder Groll gegen mich zu empfinden.<sup>241</sup>

Konfrontation in der Therapie mit Abhängigen bedeutet im Gegensatz dazu hartnäckiges Präsentieren von meist geleugneter Realität<sup>242</sup>. Übergewichtige sind abhängig vom Essen. Essen entwickelt, wie andere Substanzen auch, eine eigene Suchtdynamik, die der Therapeut kennen sollte. Essanfälle gehören konfrontiert, geklärt, gedeutet und durchgearbeitet. Eine therapeutische Beziehung auf der Basis eines gemeinsamen Vermeidungsverhaltens verdient nicht den Namen „Psychoanalyse“.

Die Psychoanalyse ist ein kommunikatives Abenteuer der ungestörten Selbsterforschung und reflexiven Selbstveränderung. Das heisst, Wissen über Bewegung, Ernährung und andere Konfliktfelder werden induktiv erarbeitet. Lösungsstrategien sind deshalb individuell und nicht übertragbar. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, zusammen mit dem Adipösen die Themata der Oralität aufzuarbeiten, die Selbstreflexion des Patienten zu moderieren. Dies kann ein Therapeut nur tun, wenn er einen Konflikt wenigstens ansatzweise an sich selber erkennt. Ein Therapeut, der zeitlebens seine Zwangsstruktur erfolglos zu bewältigen versuchte, entwickelt kaum die passende Empathie, die oralen Nöte eines Adipösen zu verstehen und umgekehrt. „Entscheidend ist nicht, dass der Therapeut eine Vorstellung hat, wie der Patient das Problem lösen kann. Der Therapeut muss überzeugt und zuversichtlich sein, dass der Patient am Problem arbeitet und sich aktiv neu positionieren kann.“<sup>243</sup>

---

<sup>240</sup> Leichsenring, 2006

<sup>241</sup> Greenson, 1967, S. 307

<sup>242</sup> Wernardo, Blaufuss, Jacob und Kannenberg, 2006

<sup>243</sup> Rudolf, 1991



#### 8.4.4 Idealisierung und Entwertung versus flexible Verhaltenskontrolle

Pudel (2008) schildert eindrücklich, dass massive Veränderungen des Gewichts langfristig zu Gegenregulationen führen. Er warnt vor zu rigider Verhaltenskontrolle nach dem Motto „Ich esse nie mehr Schokolade“ und gezügeltem Essverhalten (starre Diätgrenze ohne Berücksichtigung von Hunger und physiologischen Appetenzsignalen). Nach einem belanglosen Diätfehler, z. B. „Essen eines Biscuits“, bricht die Kontrolle zusammen, und es wird zügellos gegessen. Pudel schlägt demgegenüber aktuell eine „flexible Verhaltenskontrolle“ vor. Im Vordergrund stehen die Beschränkung der täglichen Nahrungsaufnahme und der Verzehr möglichst energiearmer Nahrungsmittel.

In Bezug auf die Nahrungssymbolik beschreibt Pudel einen in der Psychoanalyse schon lange erforschten Mechanismus, nämlich den der Idealisierung und Entwertung bzw. den Abwehrmechanismus der Spaltung. Bei frühen Störungen ist mit dieser Form der Abwehr zu rechnen. Es kann sinnvoll sein, zur gegebenen Zeit dieses Denkmuster im Rahmen der Nahrungssymbolik aufzuarbeiten. Vielleicht reicht es aber auch vollständig aus, in anderen Bereichen diesen Mechanismus abzulösen, um diese Erfahrung dann unbewusst auf das Essen zu übertragen.

#### *Fressanfall vs. Diät oder das Schwarz-Weiss-Denken*

Idealisierung und Idealbildung spielen bei der Selbstwertproblematik<sup>244</sup> und ihrer Therapie eine zentrale Rolle. Zum Beispiel idealisierte Freud Wilhelm Fließ. Das Stärkegefühl, das Freud aus dieser Verbindung zog, ermöglichte ihm die Selbstanalyse<sup>245</sup>. Die Idealisierung trägt demzufolge dazu bei, die Qualitäten einer Sache oder eines Menschen zu erkennen, die man für sich erreichen möchte. Mit Idealisierung ist gemeint, dass ein Objekt als ausschliesslich gut erlebt und wahrgenommen wird. Kommt es zu enttäuschenden Begrenzungen in der Beziehung, kippt das zuvor idealisierte Bild ins Gegenteil. Das „gute“ Objekt verwandelt sich in ein „böses“ entwertetes Objekt, dessen feindselige Züge in höchstem Masse übersteigert werden<sup>246</sup>.

Pudel beschreibt implizit einen Ich-libidinösen Prozess der Idealisierung und Entwertung. „Ich esse nie mehr Süßigkeiten; ich nehme 100 kg ab; ich werde immer glücklich sein.“ Lutscht man nun ein real unbedeutendes Bonbon von 5 cal, bricht das Ich-Ideal zusammen, die Entwertung greift um sich. „Wenn ich schon gegessen habe, dann ist alles verloren, ich werde mein Ziel nie erreichen ...“ Der Ich-Verlust äussert sich in Selbstvorwürfen und Selbstbeschimpfungen<sup>247</sup>. Ich und Über-Ich klaffen auseinander.

---

<sup>244</sup> Frommknecht- Hitzler, 1994, S. 181

<sup>245</sup> Schneider, 2003, S. 63-66

<sup>246</sup> Laplanche & Pontalis, S. 218ff.

<sup>247</sup> Freud, 2001a [1915], S. 200

## 8.5 Bariatrische Medizin

### 8.5.1 Bariatrische<sup>248</sup> Chirurgie

*Voraussetzungen, dass der Eingriff von der Krankenkasse übernommen wird<sup>249</sup>*

- Body-Mass-Index > 40
- Alter 18-60 Jahre
- Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion unter ärztlicher Anleitung war erfolglos.

#### *Kontraindikationen*

Drogen- oder Alkoholprobleme, immundefizitäre Erkrankungen, Psychosen, postoperativ zu erwartende mangelnde Kooperation, Bulimie

#### *Entwicklung des Körpergewichts nach einem Eingriff*

Bei allen Eingriffen ist die Gewichtsreduktion nach einem Jahr am grössten.

	Nach 1 Jahr	Nach 10 Jahren
Magenband	– 21%	– 13%
Magenplastik	– 26%	– 16%
Magenbypass	– 38%	– 25%

Oft erklären Patienten, das Kalorienzählen käme für sie auf keinen Fall in Frage. Sie hätten nicht den Willen, dies durchzuhalten, deshalb seien sie entschlossen, einen Magenbypass oder ein Magenband zu installieren. Den wenigsten ist zunächst bewusst, dass auch diese Massnahme nur durch die erzwungene lebenslange Ernährungsumstellung zur Gewichtsreduktion führt. Eine diesbezügliche seriöse Aufklärung durch einen bariatrischen Chirurgen bringt oft einen erheblichen Motivationsschub für eine Gewichtsabnahme mit konventionellen Methoden.

Die chirurgische Behandlung ist rein symptomatisch<sup>250</sup>. Eine Magenoperation ertrotzt eine Ernährungsumstellung, von der man annimmt, sie sei auf emotionalem Wege nicht zu erreichen. So bewirkt das Magenband bzw. der Magenbypass, dass man langsam essen und sehr gut kauen muss, damit nicht sofort ein Erbrechen einsetzt. Die Patienten sind nach der Operation genötigt, sich auf das Essen zu konzentrieren und können nicht fernsehen oder lesen und gleichzeitig Nahrung reinschaufeln. Eine regelmässige Mahlzeitenverteilung

<sup>248</sup> Die Bariatrie (von gr. βαρος: Schwere, Gewicht) ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit den Ursachen, der Prävention und der Behandlung der Fettleibigkeit (Adipositas) beschäftigt. Neben der Pharmakotherapie der Adipositas umfasst die bariatrische Medizin vor allem die chirurgische Adipositas-therapie (bariatrische Chirurgie). [http://de.wikipedia.org/wiki/Bariatrische\\_Chirurgie](http://de.wikipedia.org/wiki/Bariatrische_Chirurgie) (24.02.2009)

<sup>249</sup> Huseman, Bröhl, Herpertz, Weiner und Wolf, 2007; Stöckli & Keller, 2002

(3 Hauptmahlzeiten pro Tag) ist wichtig. Dabei wird empfohlen, besonders die tägliche Proteinmenge zu beachten, denn bei einer ungenügenden Eiweisszufuhr wird vermehrt Muskelmasse abgebaut. Auch nach einer Magen-Operation ist es wichtig, unnötige Kalorien zu vermeiden. Die längerfristige Ernährung sollte fett- und zuckerreduziert sein. Patienten umgehen diese Ernährungsvorschrift meist mit Süssgetränken, Fruchtsäften oder „Light-Getränken“ auf der Basis von Fructose oder Maltose. Nach einer Magenbypass-Operation werden Zucker sowie auch Fructose und Maltose sehr schnell ins Blut aufgenommen, was zu einem sogenannten Dumping-Syndrom führen kann (Unwohlsein mit z. B. Schwindel, Zittern, Schweissausbrüchen). Um Fettstühle zu vermeiden, muss nach einer Magenbypass-Operation die Fettzufuhr eingeschränkt werden. Es wird eine Zufuhr unter 70 g pro Tag empfohlen. Täglich sollten mindestens 2 Liter energiearme Getränke getrunken werden, am besten Leitungswasser. Kohlensäurehaltige Getränke sind in der ersten Zeit nach der Operation zu meiden. Getränke und feste Nahrung werden verschoben eingenommen. Vitamin- und Mineralstoffpräparate müssen täglich eingenommen und ein Leben lang substituiert werden<sup>251</sup>. Damit Vitamin D vom Körper hergestellt werden kann, ist es notwendig, sich mindestens 15 Minuten täglich draussen unter freiem Himmel zu bewegen<sup>252</sup>.

De Zwaan erklärt im „Deutschen Ärzteblatt“: „Durch Adipositaschirurgie kann nicht nur die Komorbidität gesenkt, sondern auch die psychische Belastung vermindert werden. Es können aber nach allen Eingriffen psychosomatische Komplikationen auftreten, und eine präoperative psychiatrische Abklärung sowie eine postoperative psychosoziale Nachbetreuung sind dringend notwendig.“<sup>253</sup> Auch die meisten anderen Autoren weisen auf die postoperativen Schwierigkeiten hin<sup>254</sup>.

Trotzdem: „Konservative Therapieverfahren weisen in der Regel nur kurzfristige Erfolge auf, sodass es sich bei der Adipositaschirurgie zurzeit um die einzige Behandlungsform handelt, die mit einem deutlichen und in den meisten Fällen auch anhaltenden Gewichtsverlust einhergeht.“<sup>255, 256</sup> Es scheint, dass langfristig (mehr als 5 Jahre) bariatrische Eingriffe billiger sind als Ernährungsumstellung und entsprechende psychologische Begleitung<sup>257</sup>.

---

<sup>250</sup> Herpertz et al., 2008, S. 348

<sup>251</sup> Wirth, 2008, S. 353

<sup>252</sup> <http://www.vis.unispital.ch/PatientenUndBesucher/MorbideAdipositas/Seiten/FAQ.aspx> (20.02.2009)

<sup>253</sup> Zwaan, Wolf und Herpertz, 2007

<sup>254</sup> Hauner & Herzog, 2008, S. 819: „Bei chirurgischer Adipositaschirurgie braucht es eine psychosomatische Evaluation und eventuell Langzeittherapie.“

<sup>255</sup> Herpertz et al., 2008, S. 348

<sup>256</sup> Sjöström, Lindroos, Peltonen, Torgerson, Boucharde et al., 2004; Sjöström, Narbro, Sjöström, Karason, Larsson et al., 2007: The prospective, controlled Swedish Obese Subjects Study (SOS-Studie)

<sup>257</sup> Wirth, 2008, S. 359

### 8.5.2 Medikamente

Ältere Ärzte<sup>258</sup> sind gegenüber Abmagerungspillen sehr misstrauisch aufgrund der gefährlichen Nebenwirkungen, die in den 60er Jahren Menocil hervorgerufen hat<sup>259</sup>. Im Allgemeinen versprechen sich Patienten zu viel von Medikamenten. Auch bei Medikamenteneinnahme müssen Ernährung und Lebensstil überdacht und verändert werden. Eine rein medikamentöse Behandlung ist sinnlos. Arzneimittel können das Basisprogramm nur unterstützen und in hartnäckigen Fällen manchmal erste Erfolge herbeiführen. Medikamente machen also nur Sinn, wenn eine Diät alleine insuffizient verläuft, und nur in Verbindung mit einer Basistherapie (Ernährung, Bewegung und Erlernen von flexiblen Verhaltensformen).

*Derzeit werden 3 Sorten von Medikamenten zur Adipositas therapie unterschieden:*

1. *Appetitzügler*: unterdrücken das „Hungergefühl“ im Gehirn
2. *Fettblocker*: verhindern die Aufnahme von Fett
3. *Quellstoffe*: fördern das Sättigungsgefühl bereits im Magen. Die Produkte sind aus Alginaten, Kollagen oder Cellulose und stark quellfähig. Sie greifen nicht in die Körperchemie ein, sondern wirken rein physikalisch. Wird zu den Tabletten zu wenig Flüssigkeit eingenommen, ist hartnäckige Obstipation oder gar ein Darmverschluss möglich. Frischer Salat und frisches Gemüse ist eine wesentlich billigere und gesündere Methode, sich mit Cellulose den Magen zu stopfen.

#### ***Fettblocker: Orlistat (Xenical®)***

Xenical ist ein Lipasehemmer und verhindert die Fettresorption im Dünndarm. Es werden 3 x 120 mg zu den Mahlzeiten eingenommen. Die Gewichtsabnahme beträgt im 1. Jahr Placebo-korrigiert 4,2 kg. Falls keine fettarme Diät eingehalten wird kommt es zu fettigen Durchfällen. Weitere Nebenwirkungen, die häufig (20%) sind: Flatulenz, Abdominalschmerzen, Abgeschlagenheit.

Eine grosse Metaanalyse<sup>260</sup> von zahlreichen Studien über den Effekt und die Kosten der Orlistat-Therapie zeigen, dass die Patienten etwa 1-2% mehr Gewicht mit Orlistat verlieren als mit Diät alleine. Bei regelmässiger Einnahme von Orlistat ist man wie mit Antabus davor geschützt, leichtfertig Fett zu konsumieren, da es sonst zu unkontrollierbarem Stuhlabgang führt.

---

<sup>258</sup> Wirth, 2008, S. 321

<sup>259</sup> Pulmonale Hypertension, d. h. ein zunehmender Anstieg des Gefässwiderstandes und ein Anstieg des Blutdrucks im Lungenkreislauf

<sup>260</sup> Foxcroft & Milne, 2001

***Appetitzügler: Sibutramin (Reductil®)***

Sibutramin verstärkt via Gehirn das Sättigungsgefühl und steigert den Energieverbrauch durch erhöhte Thermogenese. Die Gewichtsreduktion ist dosisabhängig. In einer Metaanalyse von 5 Studien betrug die Gewichtsreduktion 5,1 kg im 1. Jahr<sup>261</sup>. Nebenwirkungen sind: Mundtrockenheit, Obstipation, Schlafstörung, Schwindel, ev. Anstieg des Blutdrucks. Fluoxethin (Fluctine®) hat eine ähnliche Wirkung und wird darum als Antidepressivum der Wahl bei Adipositas eingesetzt.

***Rimonabant (Acomplia®)***

Acomplia wirkt über das Endocannabinoidsystem und war in vielen Studien gut belegt. Im Herbst 2008 wurde es wegen der Nebenwirkungen (erhöhte Depressions- und Suizidrate) aus dem Handel genommen<sup>262</sup>.

***Evidenzbasierte Therapieindikation***<sup>263</sup>

BMI > 30

BMI > 27 und Komorbiditäten

***Durchführung der Therapie:***

Zuerst wird ein Versuch über 2 Monate gestartet. Falls die Gewichtsabnahme < 2 kg ist, so ist der Patient ein Nonresponder und das Medikament kann abgesetzt werden. Zeigt das Medikament Wirkung, wird es mindestens 6 Monate weiter verabreicht.

Von vielen gesammelten Studien<sup>264</sup> zur medikamentösen Behandlung von Adipositas waren nur 3 *nicht* von der Herstellerfirma gesponsert. Von diesen 3 Studien haben 2 die Nonresponder nicht ausgeschieden. Trotz allem zeigen die Studien, dass die drei Medikamente Orlistat, Sibutramin und Rimonabant Gewichtsverlust bewirken. Wundermittel sind aber alle drei nicht. Empfohlen und erhältlich sind derzeit nur zwei Medikamente<sup>265</sup> zur Adipositas-therapie: Orlistat und Sibutramin. Medikamente, die aus der Diabetesbehandlung bekannt sind, werden noch erprobt: Alpha-Glucosidase-Hemmer (Glucobay und Diastabol), Biguanide (Metformin)<sup>266</sup>. Sehr viele weitere Stoffe sind noch in der Testphase.

---

<sup>261</sup> Wirth & Krause, 2001

<sup>262</sup> Schweizerisches Heilmittelinstitut, 2008

<sup>263</sup> Wirth, 2008, S. 321

<sup>264</sup> Neovius & Narbro, 2008

<sup>265</sup> <http://www.documed.ch/Documed/de/index.php> (22.02.2009)

<sup>266</sup> Fritsche & Häring, 2004

## 9 Zentrale Fragestellung dieser Arbeit

Im Folgenden soll die vorangehend besprochene Literatur zum Thema Adipositas mit den psychoanalytischen Gesprächen, die geführt wurden, verknüpft werden<sup>267</sup>. Dabei „stellt sich die Frage, welche Aspekte [...] von Bedeutung sind; gesucht wird also zunächst eine Auflistung der wichtigen Elemente des untersuchten Phänomens, d. h. ein Inventar.“<sup>268</sup>

Beigezogen wurden drei hochzitierte verhaltensmedizinische Standardwerke<sup>269</sup> zum Thema und drei psychosomatische Kompendien<sup>270</sup>. Bei der Prüfung der bestehenden Lektüre zum Thema Adipositas und Psyche zeigen sich zwei Lehrmeinungen:

Die neusten verhaltenspsychologischen und medizinischen Handbücher<sup>239</sup> vertreten die Ansicht, Adipöse hätten keine typischen Persönlichkeitsmerkmale. Übergewicht sei eine Folge der Wechselwirkung von Genen und Umwelt (Nahrungsüberfluss und Bewegungsmangel). Essattacken werden als genetische Gegenregulationsmassnahmen gesehen, denen man eigentlich hilflos gegenübersteht. Es leuchtet ein, dass ohne das Einüben von neuen Verhaltensweisen massive Obesität nicht zu beheben ist. Die Verhaltensmedizin und Verhaltenstherapie liefern dazu viele nützliche und hilfreiche Ansätze.

Demgegenüber steht die Lehrmeinung in neueren psychosomatischen Kompendien<sup>240</sup>, deren Autoren das Vielessen auf unbewusste Konflikte zurückführen. Die Mutmassungen zur Genese der Adipositas in den psychosomatischen Lehrbüchern basiert meist auf Freuds Theorie der oralen Phase. (In den gesichteten rein psychoanalytischen Lehrbüchern kommen jedoch Worte wie Adipositas, Übergewicht, Hyperphagie oder Ähnliches interessanterweise nicht vor<sup>271</sup>.)

In der psychosomatischen Literatur finden sich sehr viele Konflikte, die als Ursachenerklärung im Zusammenhang mit Adipositas genannt werden. Eine Sammlung dieser Konflikte aus der oben genannten Literatur<sup>272</sup> soll erste Aufschlüsse über psychische Aspekte der Adipositas liefern, wie bereits der Titel dieser Arbeit impliziert. Diese Konfliktkategorien sollen dann mittels der eigenen Texte belegt oder widerlegt werden.

---

<sup>267</sup> Mayring, 2002, S. 207ff.

<sup>268</sup> Bortz & Döring, 2003, S. 387

<sup>269</sup> Wirth, 2008; Herpertz et al., 2008; Pudel, 2008

<sup>270</sup> Machleidt et al., 2004; Hoffmann et al., 2008; Ermann, 2007

<sup>271</sup> Laplanche & Pontalis, 1972; Mertens, 2000; Greenson, 1967; Mertens & Waldvogel, 2002; Thomä & Kächele, 1996

<sup>272</sup> Strauss & Corbin, 1996, S. 31ff.

## 9.1 Verhaltenstherapeutische und medizinische Literatur

Herpertz et al., Pudel, Wirth<sup>273</sup> und andere vertreten die Ansicht, dass Adipöse keine einheitlichen Persönlichkeitszüge hätten, bzw. behaupten, dass psychopathologische Mechanismen, die zu Adipositas führen, nicht auszumachen seien.

Pudel verfißt diese Auffassung besonders strikt: „Die Annahme von charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen, die die Manifestation einer Adipositas fördern, muss verworfen werden. Psychische Probleme der Adipösen werden heute eher als Folge der Adipositas und ihrer sozialen Diskriminierung angesehen, nicht aber als deren Ursache.“<sup>274</sup> Dass Diskriminierung bei Adipösen erhebliche psychische Schäden bewirkt, soll im Folgenden keineswegs in Frage gestellt werden.

***Dass psychische Schwierigkeiten aber auch Ursache von Übergewicht sein könnten, erklären die Autoren, wenn auch sehr versteckt, teils selbst.***

So meint Wirth: „Indem Menschen bewusst bestimmte Essgewohnheiten einhalten, demonstrieren sie damit geradezu, dass sie nicht nur biologisch gesteuert sind.“<sup>275</sup> Auch führt Wirth in seinem Buch „Adipositas“ Autoren wie Rist (1995) an, der darauf hinweist, dass Essen auch eingesetzt wird, um Stress und Frust abzubauen, Trauer und Ängste kurzfristig zu betäuben und Langeweile zu überbrücken. „Dieses emotional induzierte Essverhalten führt durch Entkoppelung vom Hunger häufig zur Aufnahme von kalorienreichen Nahrungsmitteln.“<sup>276</sup> An anderer Stelle notiert Wirth allerdings selbst: „Generell fällt auf, dass Adipöse weniger autonom sind als Normalgewichtige, auch in anderen Lebensbereichen als dem Essen. Sie haben eine defizitäre Stressbewältigung.“<sup>277</sup>

Auch im Lehrbuch von Herpertz et al.<sup>278</sup> findet man gegenläufige Beweise zur heutigen Lehrmeinung. Zitiert wird hier Warschburger (2005):

Die Mehrzahl der bisherigen Befunde liefert Hinweise, dass die psychischen Störungen und die psychosoziale Belastung Folge der Adipositas sind. [...] In jüngster Zeit liegen jedoch einige wenige Langzeitstudien vor, dass in Teilgruppen ein umgekehrter Zusammenhang besteht. In diesen Studien wurde eine Relation zwischen kindlicher Depression und dem BMI-Status im Erwachsenenalter gefunden.<sup>279</sup>

Diese Literaturübersicht liefert den Befund, dass es *keine bestimmte* psychische Ursache von Adipositas gibt. Daraus wird teilweise gefolgert, es gäbe überhaupt *keine* psychischen Ursachen der Adipositas.

<sup>273</sup> Herpertz et al., S. 261ff.; Wirth, 2008, S. 78, S. 101; Pudel, 2008, S. 232

<sup>274</sup> Pudel, 2008, S. 232

<sup>275</sup> Wirth 2008, S. 76

<sup>276</sup> Rist, 2005; zit. nach Wirth, 2008, S. 379

<sup>277</sup> Wirth, 2008, S. 268ff.

<sup>278</sup> Herpertz et al., 2008, S. 263

<sup>279</sup> Warschburger, 2005; zit. nach Herpertz et al., 2008, S. 263

## 9.2 Psychosomatische Lehrbücher

Da ein Symptom, z. B. Übergewicht, viele Ursachen haben kann und den unterschiedlichsten Zwecken dient, könnten theoretisch aus der psychodynamischen Literatur unendlich viele Annahmen gewonnen werden, welche psychischen Konflikte zu Adipositas permagna führen. Wie schon erwähnt, ist in älteren psychosomatischen Lehrbüchern Adipositas kein Thema,<sup>280</sup> oder Adipositas wird nur flüchtig im Rahmen der Anorexie bzw. Bulimie besprochen<sup>281</sup>; diese konnten deshalb nicht benützt werden. In manchen psychosomatischen Lehrbüchern finden sich Kürzestfassungen<sup>282</sup> dessen, was Herpertz et al., Pudiel und Wirth ausgiebig diskutieren. Alle diese Bücher wurden hier aussortiert. Im Buch von Reich und Cierpka „Psychotherapie der Essstörungen“ wird eine sehr breite psychodynamische Sicht auf das Symptom Übergewicht geworfen, die den Rahmen einer kurzen Beispielliste sprengt. Deshalb wurden hier alle Konflikte aufgelistet und in Kategorien gruppiert, die bei Machleidt et al., Hoffmann et al. und Ermann aufgeführt sind.

Konfliktkategorie	Buch	Neurotischer oder aktueller Konflikt
Als Kind wurden sie mit Süßigkeiten ruhiggestellt	Hoffmann et al., S. 372	Stil des Umgangs innerhalb der Familie, der direkte Liebesbezeugungen meidet und Gemeinsamkeit, Nähe und Gefühle untereinander in Essgewohnheiten ausdrückt.
	Machleidt et al., S. 147	Missbehagensäusserung eines Kleinkindes werden als Hungergefühl fehlinterpretiert.
	Machleidt et al., S. 147	Interne Gleichsetzung zwischen Füttern und emotionaler Zuwendung aufgrund einer oralen Fixierung führt zum Missverständnis, durch „Essen“ zur „Liebe“ zu kommen.
	Ermann, S. 295	Orale Verwöhnungen in der Kindheit als Ersatz für emotionale Zuwendung.
	Ermann, S. 295	Menschen, die gewohnt sind, dass ihnen bei jedem Kummer „der Mund gestopft“ wird.
	Ermann, S. 295	Gleichsetzung von Zuwendung mit Fütterung
Ohne wechselseitig tragfähige Beziehung	Hoffmann et al., S. 373	Regressive Befriedigungsform in Ermangelung nicht erreichbarer anderer Möglichkeiten der Liebeszuwendung.
	Ermann, S. 294f.	Größenphantasien führen zur Unterschätzung der Kraft und Ausdauer, die erforderlich ist, um Ziele zu erreichen oder Kontakte zu anderen Menschen herzustellen.

<sup>280</sup> Jores, 1976

<sup>281</sup> Rudolf & Henningsen, 2006; Freyberger et al., 2002

<sup>282</sup> Zaudig & Trautmann, 2006; Fritzsche & Wirsching, 2006, S. 198ff.



Konfliktkategorie	Buch	Neurotischer oder aktueller Konflikt
Unterdrückte, gehemmte Aggressionen	Machleidt et al., S. 147	Störungen im aggressiven Bereich, d. h. in Bezug auf die Fähigkeit, sich bezogen auseinanderzusetzen und seinen Standpunkt zu vertreten
	Hoffmann et al., S. 373	Infantilität mit starken Abhängigkeitswünschen, depressive Reaktionsbereitschaft und Überempfindlichkeit gegenüber Versagungen
	Ermann, S. 295	Schon das Ausbleiben eines Erfolges erscheint ihnen als Versagung, selbst wenn sie sich gar nicht aktiv um Erfolg bemüht haben.
	Ermann, S. 295	Gegen den enttäuschenden, kränkenden Anderen gerichtete Aggressivität
	Ermann, S. 294	Neigung zum Rückzug
Selbstdestruktivität	Hoffmann et al., S. 373	Selbstdestruktion
	Ermann, S. 295	Selbstdestruktivität durch unförmige Körpergestalt, Unattraktivität oder abstossendes Äusseres
Sexuelle Rollenidentität	Ermann, S. 295	Bei Selbstzweifel bezüglich der sexuellen Rollenidentität werden Versagungen als Beweis gewertet, nicht begehrenswert zu sein.
	Hoffmann et al., S. 373	Unbewusste Abwehr der weiblichen Rolle
	Hoffmann et al., S. 371	Fettsucht bei Frauen im Klimakterium hat oft mit der abnehmenden körperlichen Attraktivität und dem sexuellen Desinteresse der Männer zu tun. Damit kommt ein Teufelskreis in Gang: Die Fettsucht stösst den Partner verstärkt ab, und diese Kränkungen ziehen erneute „Tröstung“ in der Konditorei nach sich.
Spannungsabbau	Ermann, S. 295	Selbsttröstung für verlorene oder nicht erlangte Liebe, Bewunderung und Bestätigung
	Machleidt et al., S. 147	Selbstbelohnungsaspekt
Angst vor Objektverlust	Ermann, S. 295	Objektverluste und Trennungen
	Ermann, S. 294	Versorgungswünsche
	Machleidt et al., S. 147	Verlusterlebnisse mit Entwicklung einer Depression
	Hoffmann et al., S. 371	Objektverlusterlebnisse wie Enttäuschungen, Trennungen, Ablösungen oder Tod des Ehepartners
Stress	Hoffmann et al., S. 371	länger andauernde Gefahren oder Leistungsanforderungen
	Hoffmann et al., S. 371	unbefriedigende Situationen am Arbeitsplatz oder in der Ehe
	Machleidt et al., S. 147	dauerhafter Stress

Konfliktkategorie	Buch	Neurotischer oder aktueller Konflikt
Enttäuschung	Hoffmann et al., S. 373	Abwehr von depressiven Gefühlen, Ängsten und narzisstischen Kränkungen
	Hoffmann et al., S. 373	Enttäuschungen darüber, dass die Gewichtsreduktion nicht automatisch mit der Lösung der persönlichen Probleme verbunden ist
	Ermann, S. 294	starke Kränkungsbereitschaft
	Ermann, S. 295	Durch Überprotektion wurden Adipöse zur Bequemlichkeit und Unselbständigkeit erzogen.
	Ermann, S. 295	Kränkungen und Enttäuschungen im persönlichen und im beruflichen Bereich
Mangelnde Körperwahrnehmung	Ermann, S. 294	Fehleinschätzungen der eigenen Person
	Hoffmann et al., S. 372	Erlernte Fehlinterpretation von inneren und äusseren Signalen: Übergewichtige neigen vielmehr dazu, alles Angebotene aufzuessen. Sie assoziieren fälschlicherweise die Beendigung der Nahrungsaufnahme mit dem Nicht-mehr-vorhanden-Sein von Nahrung.

Tabelle 8: Mögliche psychische Konfliktkategorien adipöser Menschen

Auch die psychosomatische Literatur macht deutlich, dass es keine bestimmte psychische Ursache gibt, die zum Übergewicht führt. Vielmehr wird in der Literatur eine Vielzahl von Konflikten angesprochen, die sich allerdings in einige Hauptgruppen bündeln lassen. Hingegen wird klar, dass psychische Probleme nicht nur Folge, sondern auch Ursache von Übergewicht sein könnten.

### 9.3 Integration der verschiedenen Aspekte

Die Übersicht über die verhaltensmedizinische und verhaltenstherapeutische Literatur zeigt, dass Adipositas permagna zu Leid und Diskriminierung führt. Viele Studien aus dieser Fachrichtung belegen eindrücklich, wie kompliziert es ist, Gewicht zu verlieren.

Einblicke in die psychodynamische Literatur weisen auf unbewusste Konflikte hin, als eine mögliche Ursache, die das Abnehmen verhindern.

Aus der besprochenen Literatur werden die folgenden Unterfragen entwickelt, die mittels der Transkripte<sup>283</sup> belegt bzw. widerlegt werden sollen.

Unterfrage A: Führt Übergewicht zu einem starken Leidensdruck?

Unterfrage B: Weshalb gelingt es schwerst Übergewichtigen trotzdem nicht, mittels Verhaltenskontrolle das Gewicht zu stabilisieren?

Unterfrage C: Verhindern unbewusste Konflikte diesen Erfolg?

<sup>283</sup> Die transkribierten Interviews können bei wissenschaftlichem Bedarf bei der Autorin eingesehen werden

## 10 Stichprobe

### 10.1 Auswahl der Stichprobe

„Viele frühere Untersuchungen zur Persönlichkeit der Adipösen wurden in klinischen Settings durchgeführt und beinhalten deshalb das Problem der Selektion.“<sup>284</sup> Der Vorwurf der falschen Stichproben wird vor allem der Tiefenpsychologie gemacht<sup>285</sup>. Um diesen Vorwurf an die Psychodynamik zu entschärfen, wurden als Interviewpartnerinnen 5 schwerst adipöse Frauen ausgewählt, die sich in einer gynäkologischen Praxis für eine Routineuntersuchung angemeldet hatten, Frauen folglich, die nicht primär wegen ihres Übergewichts eine Fachstelle oder einen Arzt konsultierten. Es wurde also bewusst keine klinische Population ausgewählt.

### 10.2 Stichprobenzusammensetzung: Selbstselektion

Als Selbstselektion bezeichnet man die ausdrückliche Entscheidung einer zu untersuchenden Person, zu einer Stichprobe zu gehören. Konkret verteilte der beteiligte Facharzt zwei Informationsblätter an seine obesen Patientinnen. 5 Frauen stellten sich für jeweils 5 Interviews zur Verfügung. Selbstselektion führt dazu, dass die Stichprobe nicht repräsentativ ist und Rückschlüsse auf die Eigenschaften der Grundgesamtheit daher nur eingeschränkt zulässig sind. Im Rahmen einer Theorie generierenden Studie ist der Schluss auf die Grundgesamtheit aber sowieso nicht Ziel der Forschung, bzw. diese Schlussfolgerung würde erst in einem nächsten Schritt allenfalls quantitativ erfolgen.

### 10.3 Stichprobengrösse

Bei Hypothesen generierenden Verfahren, also der Entdeckung einer Theorie, sind exakte Belege noch nicht entscheidend. „Es kommt auch nicht unbedingt auf die Art der Belege oder die Anzahl Fälle an. Ein einzelner Fall kann eine konzeptuelle Kategorie oder eine allgemein konzeptuelle Eigenschaft anzeigen; ein paar Beispiele mehr mögen die Indizien bestätigen.“<sup>286</sup> Die im Rahmen dieser Dissertation erhobenen 25 psychoanalytischen Interviews ergaben eine Textmenge von rund 600 transkribierten Seiten. 5 x 5 Interviews<sup>287</sup> sind eine grosse Stichprobe für eine qualitative Vorstudie. Dies wird auch durch den Forschungsatlas QPT, eine Bestandesaufnahme der qualitativen Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum von 2004<sup>288</sup>, bestätigt.

---

<sup>284</sup> Wirth, 2008, S. 101

<sup>285</sup> Siehe Kap. 6.3.2

<sup>286</sup> Glaser & Strauss, 2005, S. 39f.

<sup>287</sup> 24 Interviews: Von 25 Interviews konnten 24 verwertet werden, da eine Aufnahme missglückte.

<sup>288</sup> Dahler, Boothe und Arbeitsgruppe QPT, 2004

## 11 Untersuchungsmethoden

„Unter qualitativer Sozialforschung wird in den Sozialwissenschaften die Erhebung nicht standardisierter Daten (in Form von offenen Interviews, von Feldprotokollen der Forscher oder von Dokumenten wie etwa Tagebüchern) und deren interpretative, sinnverstehende, hermeneutische bzw. kategorien- und theoriebildende Auswertung verstanden.“<sup>289</sup> Qualitative Methoden sind scheinbar noch nicht sehr verbreitet, aber sie befinden sich, trotz ‚Goldstandards‘ und der Forderung nach einer quantitativen Psychotherapieforschung gemäss dem pharmakologischen Modell, im Vormarsch. Die Probleme eines typisch deduktiven Vorgehens werden immer bewusster, beispielsweise, dass bei quantitativen Methoden im Vornherein Hypothesen postuliert werden müssen, die man dann in Aufgaben, die den spezifischen Hypothesen angepasst sind, testet. Das Problem dabei ist, dass etwas, was ausserhalb dieser Hypothesen liegt, nicht erkannt werden kann<sup>290</sup>.

Ein therapeutisches Forschungsprojekt ist immer eine gefährliche Reise zwischen Skylla und Charybdis. Einerseits kann der Therapeut mitgerissen werden von aufregenden Fallgeschichten, bei denen er meist als zentraler Held auftritt – methodische Reflexionen oder systematische Gedanken bleiben dabei leicht auf der Strecke –, andererseits besteht die Gefahr der positivistischen Zwangsjacke. Der Therapeut als Forscher verliert die lebendige therapeutische Beziehung aus den Augen und verfängt sich in einem Netz von statistischen Zusammenhängen und Bedeutungen. Dies passiert schon beim Übergang von der tatsächlichen Konversation zum Transkript<sup>291</sup>. Eine Aussage wird anders geartet sein, wenn man sie innerhalb einer therapeutischen Beziehung macht oder wenn sie aus einem Text gewonnen wird. Auch kann das gleiche objektive Phänomen, z. B. Übergewicht, für verschiedene Symptomträger als auch für unterschiedliche Beobachter andere Bedeutungen haben. Vorurteilsfreie Forschung ist deshalb nie ganz möglich, aus diesem Grund wird in dieser Arbeit das Vorverständnis ausführlich besprochen. Im Atlas zur qualitativen Psychotherapieforschung werden „als Weg zur Systematisierung der Subjektivität [...] unter anderem das Offenlegen bzw. die Reflexion der Vorannahmen [...]“<sup>292</sup> aufgeführt. Vorannahme hier ist, dass sich möglicherweise psychoanalytisch begründbare Konflikte für die Ursache von Adipositas permagna finden lassen.

---

<sup>289</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Qualitative\\_Sozialforschung](http://de.wikipedia.org/wiki/Qualitative_Sozialforschung) (06.03.2009)

<sup>290</sup> Dahler, 2005, S. 44

<sup>291</sup> Kvale, 2001, S. 9

<sup>292</sup> Dahler et al., 2004, S. 12

## 11.1 Festlegung des Materials

Gemäss Mayring werden „nicht alle Interviewprotokolle komplett inhaltsanalytisch ausgewertet, sondern nur Ausschnitte, die sich auf den Gegenstand der Forschungsfrage beziehen.“<sup>293</sup> In einer ersten Untersuchung wurde das Material nach folgenden Kriterien sortiert, um Unterfrage A und B zu belegen<sup>294</sup>.

### 11.1.1 Unterfrage A: Führt Übergewicht zu starkem Leidensdruck?

Die Unterfrage „*Übergewicht führt zu starkem Leidensdruck*“ wird durch folgende zwei Aussagekategorien belegt, die nochmals in zwei Unterkategorien aufgeteilt sind:

#### 1. Direkte Hinweise: Selbstberichtete Erfahrungen

- A) *Körperliche Beeinträchtigung*: Inwieweit sehen sich die Interviewten selber durch ihr Übergewicht körperlich beeinträchtigt. Beispiel: „Beim Hinauflaufen und mit der Hitze beim Heuen habe ich schon Probleme.“
- B) *Gefühle von sozialer Ächtung und Missbilligung*: Die Literatur belegt, dass ein erheblicher Anteil des Leidensdrucks bei Adipösen durch Diskriminierung verursacht wird. Bei der Suche nach Textstellen wurde nicht unterschieden, ob es sich um eine tatsächlich stattgefundenene Diskriminierung handelt oder um eine Diskriminierung, die antizipiert oder vermutet wird. Beispiel: „Ein Schweizer Mann will doch keine dicke Frau.“

#### 2. Indirekte Hinweise auf Leidensdruck

Man möchte nur etwas beheben oder ändern, wenn man damit nicht einverstanden ist oder darunter leidet. Die Versuche, die verwendet wurden, um das Übergewicht zu senken, sind ein indirekter Hinweis auf den empfundenen Leidensdruck:

- A) *Selbsttherapie*: beispielsweise Diätversuche, Rückzug, sich verstecken usw. Beispiel: „Man kann sich hinter dem Kinderwagen oder dem Dreiradvelo des Buben verstecken.“
- B) *Hilfe, die man in der Umwelt gesucht hat*: z. B. Gespräch mit dem Hausarzt. Beispiel: „Ich habe mich über ein Magenband beim Hausarzt informiert.“

---

<sup>293</sup> Mayring, 2002, S. 207

<sup>294</sup> Die diesbezüglichen Listen finden sich im Materialienband

**11.1.2 Unterfrage B: Warum gelingt es nicht, das Gewicht zu stabilisieren?**

- A) *Selbsttherapie*: beispielsweise Diätversuche: „Ich habe alle möglichen Diäten versucht und war bei einer Psychologin, aber alles nützt nichts.“
- B) *Hilfe, die man in der Umwelt gesucht hat*: z. B. Gespräch mit dem Hausarzt. Beispiel: „Ich habe mich über ein Magenband beim Hausarzt informiert.“
- C) *Weitere Hinweise auf stetige Gewichtszunahme*

**11.1.3 Unterfrage C: Verhindern unbewusste Konflikte die Essregulation?**

Um die neurotischen Konflikte aus der Literatur zu be- oder zu widerlegen wurde auf das ganze Transkript zurückgegriffen, denn nur durch das Lesen ganzer Abschnitte kann im Einzelnen entschieden werden, ob eine Textstelle einen bestimmten Konflikt entsprechen könnte oder nicht.

Bei der Suche nach passenden Textstellen half eine mit der Transkriptnummerierung versehene Zusammenfassung des gesamten Textes.

Zudem wurden die Transkripte in PDF-Dokumente transferiert, um die da vorhandenen vielfältigen Suchfunktionen effizient nutzen zu können.

## 11.2 Analyse der Erhebungssituation

### *Das psychoanalytische Gespräch als qualitative Forschungsmethode*

„Ausgangspunkt ist dabei eine grundsätzliche Skepsis, inwieweit subjektive Erfahrungen überhaupt im Frage-Antwort-Schema von Interviews, auch wenn es flexibel gehandhabt wird, erschlossen werden können.“<sup>295</sup> Zum Beispiel hat Mishler<sup>296</sup> 1986 untersucht, was passiert, wenn Interviewpartner in Leitfaden-Interviews zu erzählen beginnen, wie mit solchen Erzählungen umgegangen wird und wie diese in Interviews eher unterdrückt als aufgegriffen werden. Ziel der Interviews war es auch nicht, auf eine bestimmte Erzählung hin zu steuern. Der Gesprächsrahmen war deshalb nicht der eines narrativen Interviews<sup>297</sup>, sondern klassisch psychoanalytisch. „Wer sich der Psychoanalyse zuwendet, ist vor allem daran interessiert, wie das Individuum etwas erlebt.“<sup>298</sup> Annahme dabei ist, dass „wir Geschichten erzählen, um mit ihrer Hilfe beunruhigende Erfahrungen zu verarbeiten.“<sup>299</sup> Psychoanalytisch gesehen wird „die Frage, ob eine Studie wissenschaftlich sei [...] ersetzt durch die pragmatische Frage, ob sie nützliches Wissen erzeuge: Rechtfertigung wird ersetzt durch Anwendung.“<sup>300</sup> Beispielsweise stellte Freud<sup>301</sup> durch die Arbeit mit seinen Patienten fest, dass Krankheitssymptome verschwinden, wenn man die krankhafte Vorstellung auf die Elemente zurückführen kann, aus denen sie im Seelenleben des Kranken hervorgegangen sind. Das erarbeitete Wissen war demnach mindestens für die Betroffenen nützlich. Bei der Suche nach „unbewussten Konflikten“, die zu Übergewicht führen, werden hier zwei qualitative Forschungsstrategien angewendet. Einerseits das psychoanalytische Gespräch als Erhebungs-, aber auch Forschungsmethode, andererseits eine inhaltsanalytische Überprüfung und Strukturierung des psychoanalytisch gewonnenen Textmaterials.

### *Setting*

Das Setting war das einer Psychoanalyse im Sitzen. 5 Gespräche entsprechen der heute gängigen Probezeit für eine psychoanalytische Behandlung. Diese Zahl wurde aus der Annahme übernommen, dass sich in dieser Zeit erste Konflikte manifestieren. Die Interviews wurden im Abstand von einer Woche gehalten. Die Dauer eines Interviews erfüllte den klassischen Standard für Gesprächstherapien von 50 min. In der Interviewsituation waren nur die Interviewerin und die Probandin anwesend. Alle Interviews wurden von einer Person erhoben. Eine starke Anonymisierung der Informationen wurde zugesichert.

---

<sup>295</sup> Flick, 2002, S. 146

<sup>296</sup> Mishler, 1986; zit. nach Flick, 2002, S. 146

<sup>297</sup> Angus & McLeod, 2004

<sup>298</sup> Erdheim, 2007a, S. 125-130

<sup>299</sup> Erdheim, 2007b, S. 297-303

<sup>300</sup> Kvale, 2001, S. 20

<sup>301</sup> Freud, 2001b [1900], S. 117-150

### ***Vorinformation***

Um den Einstieg möglichst zu standardisieren, erhielten alle Teilnehmer eine Vorinformation, die einfach und verständlich einen Anstoss zur freien Assoziation geben sollte, hier ein Auszug<sup>302</sup>:

Fragen haben immer den Nachteil, dass sie das Gespräch in eine Richtung steuern, die vom Frager bestimmt wird und nicht vom Befragten. Der Forscher erfährt so nur das, was er sich sowieso schon gedacht hat. Um dem zu entgehen, bitte ich Sie, frei zu assoziieren. Damit ist gemeint, dass Sie wirklich über Dinge sprechen, die Sie gerade beschäftigen, auch wenn das vielleicht vordergründig nichts mit Übergewicht zu tun hat oder nicht zusammenhängend erscheint.

### ***Gesprächshaltung***

Analog zum psychoanalytischen Erstgespräch sprach hauptsächlich die Probandin. Als Einstieg oder wenn das Gespräch ins Stocken geriet, wurden nach Möglichkeit neutrale Gesprächsimpulse formuliert. Deutungen und Erklärungen wurden nur dort gemacht, wo sie für die Weiterführung der Erzählung unerlässlich schienen.

*Beispiel (Transkriptauszug):*

T/ es ist immer ein bisschen komisch, wenn man aufgenommen<sup>303</sup> wird, dann weiss man +das kann das Gespräch schon ein bisschen blockieren.  
P/ +ja.

Die Gesprächseröffnung erfüllte also nicht die Regeln eines klassisch narrativen Interviews, bzw. das Erzählen der Interviewten wurde nicht mit einer Eingangsfrage zum Thema oder Ähnlichem stimuliert, und es fand auch kein narrativer Nachfrageteil statt. Es wurde auch kein spezieller Lebensabschnitt oder Erfahrungsbereich anvisiert, da sich nach den psychoanalytischen Grundannahmen psychodynamische Konflikte in allen Lebens- und Erfahrungsbereichen, wie Herkunftsfamilie, Partnerschaft, Beruf usw., bemerkbar machen. Gemäss der narrativen Interviewtechniken und der psychoanalytischen Gesprächsregeln wurden direkte Eingriffe (Hätte man dies nicht besser machen sollen?) oder bewertende Interventionen (Das war aber gut von Ihnen!) ausgelassen.

---

<sup>302</sup> Siehe Materialienband

<sup>303</sup> Gemeint ist die Aufzeichnung auf Mini-Disc



Psychoanalytische Vorannahmen zeigen auf, dass das Gelingen der freien Assoziation auch davon abhängig sein könnte, inwieweit es dem Interviewer selbst möglich ist, eine gleichschwebende Aufmerksamkeit aufrechtzuhalten. Konkret wurde deshalb im Gespräch die Fokussierung des dargebotenen Materials und auch die Vermischung mit den eigenen Erwartungen vermieden. Es wurde auch auf ein angestregtes, mehr sekundärprozesshaft logisch-rationales Einordnen des Gehörten verzichtet und versucht, gleichsam mit allen Sinnen die Welt des Patienten in sich aufzunehmen. Theorieloos Wahrnehmen ist letztlich unmöglich, aber immer wieder wurde versucht, sich zwischen den verschiedenen Bezugssystemen flexibel hin und her zu bewegen bzw. Äquidistanz zu den Instanzen Es, Ich und Über-Ich einzuhalten.

### 11.3 Formale Charakterisierung des Materials

#### 1. Abstraktionsschritt: Aufzeichnung

Voraussetzung jeder Analyse ist die intersubjektive Nachprüfbarkeit (permanente Verfügbarkeit des Datenmaterials) und Reproduzierbarkeit. Protokolle genügen dabei nicht, Gesprächsbeiträge müssen aufgezeichnet werden (Video- oder Tonaufzeichnung). In dieser Arbeit entschied man sich für Mini-Disc, da die Aufnahmetechnik unscheinbar und wenig störend ist. Schon bei der Aufzeichnung besteht ein Informationsverlust. So sind szenische, nonverbale Mitteilungen bei Audioaufzeichnungen später nicht mehr erkennbar. Es entstanden insgesamt 24 Stunden Gesprächsaufzeichnungen, bei einem Gespräch versagte die Aufnahmetechnik.

#### 2. Abstraktionsschritt: Transkripte

Das sprachliche Material muss zunächst ins Hochdeutsche übersetzt und verschriftet (transkribiert) werden, um es gemäss den Erkenntnisregeln auswerten zu können. Die Transkripte bilden die wichtigste Grundlage der Auswertung, „denn der Text ist es, der primär analysiert und interpretiert wird“.<sup>304</sup> Transkribiert wurde nach den Transkriptionsregeln<sup>305</sup>, die auch bei der Erzählanalyse JAKOB an der Universität Zürich angewendet werden. Diese Regeln sind eine Kurzversion der Transkriptionsregeln von Erhard Mergenthaler<sup>306</sup>. In das Transkript wurden alle auf der Audioaufzeichnung hörbaren Zeichen aufgenommen, also auch situationsgebundene Geräusche, Betonungen und Pausen. Sprechgeschwindigkeit und Stimmlage wurden nicht erfasst.

#### 3. Abstraktionsschritt: Zusammenfassung

- a. Auffinden von kleinsten narrativen Einheiten
- b. Streichung aller nicht bzw. geringfügig inhaltstragenden Textteile (ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen)
- c. Transformation auf eine grammatikalische Kürzestform

*Beispiel aus dem Transkript, ohne Therapeuteninterjektionen*

- |      |   |
|------|---|
| 126. | P/ und. man muss alles von Hand herunterrechnen, oder, und. i-ich, auch von der Hitze, also d- die Hitze kommt dann noch dazu, oder, ich ich ertrage einfach auch die Hitze nicht so. und da sagte ich, also da musst du, da da kann ich dir nicht mehr gross mithelfen, also. wenn etwas ist, gehe ich schon. aber ähm, ja und im Moment also eben w- so schwer wie jetzt war ich eben noch gar nie, also. ich äh mit Hinauflaufen habe ich natürlich auch mein-, schon auch meine +Probleme, also mit |
| 127. | P/ aber ähm gr-gross Bergsteigen gehe ich eigentlich +nicht mehr. muss ich ehrlich sagen.   |
| 128. | P/ auch vom Atmen her. da komme ich schon auch an die Grenzen, das merke ich schon. aber sonst meine ich, bin ich gesund, also meine, mit meinen Knochen und so. ich habe nichts mit der Hüfte oder ich habe nichts i-in ja in den Beinen, oder. also von dem her m-muss ich sagen, ja. aber ähm [...]  |

*Beispiel einer Aussage, wie sie in den Auswertungstabellen erfasst wurde.*

126-132	mit Hinauflaufen und mit der Hitze beim Heuen habe ich schon Probleme, auch beim Bergsteigen
---------	--

<sup>304</sup> Lamnek, 1989

<sup>305</sup> Siehe Materialienband

<sup>306</sup> Mergenthaler, 1992

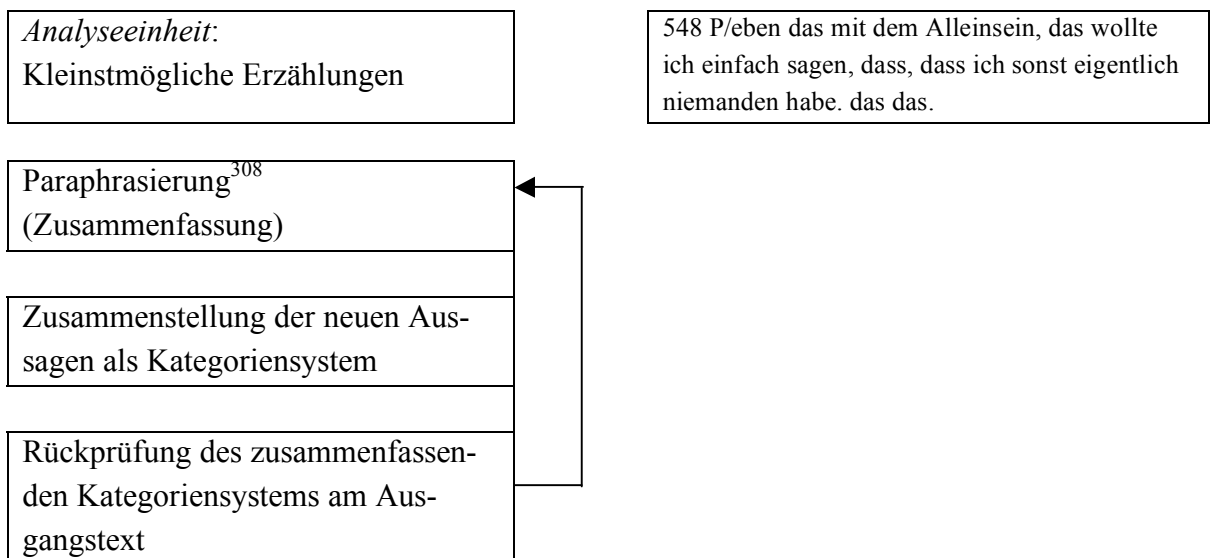
## 11.4 Richtung der Analyse

Ziel der Arbeit ist eine deskriptive Bestandsaufnahme dessen, was Übergewichtige bewusst und unbewusst zu ihrem Symptom erzählen. Daraus kann sich ergeben, welche Konflikte oder Konfliktgruppen im Einzelnen mit dazu beitragen, dass Spannungen mittels Essen behoben werden. Die in den Transkripten gefundenen Konflikte sollen mit den in der Literatur aufgeführten Konflikten verglichen und diskutiert werden.

## 11.5 Bestimmung der Analysetechnik

Zentrales Ergebnis ist also ein Kategoriensystem der psychischen *Konflikte*, die im Gespräch deutlich werden. Das psychoanalytische Gespräch verschafft per se Gelegenheiten, solche Konflikte bewusst werden zu lassen. Es geht also darum, im Text solche Strukturen zu finden und zusammenzutragen, die Hinweise auf bewusste, vorbewusste oder unbewusste Konflikte geben könnten. Dabei ist es fraglich, ob in den erfassten Gesprächen wirklich dieselben Konflikte auftauchen wie in der Literaturanalyse. Darum macht es keinen Sinn, nur die von der Theorie hergeleiteten Konfliktkategorien über das vorhandene Material zu stülpen. Zusätzlich soll versucht werden, noch einige mögliche weitere Konfliktkategorien zu entwickeln, wobei ein einzelner Konflikt unter Umständen eine ganze Kategorie bilden kann. Die primäre Analysetechnik ist also die psychoanalytische Textinterpretation. Das heisst, das Verstehen ist an einen bestimmten Theorie- und Erfahrungshintergrund gebunden. Das so gewonnene Material wird in einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse gemäss Mayring<sup>307</sup> zu Konfliktkategorien zusammengefasst und am weiteren Text erprobt.

## 11.6 Definition der Analyseeinheiten



<sup>307</sup> Mayring, 2003, S. 60

<sup>308</sup> Mayring, 2003, S. 60: Bei grosser Textmenge ist dies ein Schritt

***Suche nach „Unbewussten Konflikten“***

Analyseeinheit ist primär die Lebensgeschichte als Ganzes, so wie sie die Befragten in den 5 Stunden präsentiert haben. Weiteres Thema sind Träume, aber auch kleinere Erzähleinheiten, die mittels psychoanalytischen Verstehens erschlossen werden sollen.

Das so generierte Wissen ist nicht eine fundamentalistische Suche nach Gesetzen und Wahrheiten, sondern ein Versuch, Formen der Praxis zu sammeln, zu organisieren und zu kommunizieren, um daraus zu möglichen Deutungen zu gelangen<sup>309</sup>.

---

<sup>309</sup> Hoshmand & Polkinghorne, 1992

## 12 Ergebnisse

### 12.1 Unterfrage A: Führt Übergewicht zu starkem Leidensdruck?<sup>310</sup>

Bei der Auswertung dieser Teilfrage zeigte sich erwartungsgemäss nichts, was nicht schon aus der Literatur bekannt war. Das heisst, alle Betroffenen haben Lebensbereiche, in denen sie massiv unter ihrem Übergewicht leiden und sich durch ihr Gewicht eingeschränkt fühlen.

#### 12.1.1 Direkte Hinweise auf den Leidensdruck: Selbstberichtete Erfahrungen

##### *Körperliche Beeinträchtigungen*

Vier der fünf der schwerst obesen Frauen sprechen explizit über den Leidensdruck, den ihr Aussehen verursacht. Nicht allen Frauen ist der Zusammenhang zwischen ihrem Übergewicht und den somatischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankung, Diabetes, Schwangerschaftsprobleme, Gelenkschmerzen) bewusst. Zwei der Frauen, die beruflich anstrengende körperliche Arbeit bewältigen, sind teilweise in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

##### *Soziale Ächtung und Missbilligung*

Alle der befragten Frauen haben Bereiche, in denen sie sich wegen ihres Gewichts ausgesetzt und kritisiert fühlen. Auffallend ist, dass die Frau mit dem tiefsten BMI (BMI 40), aber der am deutlichsten kommunizierten Körperbildstörung am meisten über soziale Ächtung klagt. Dies ist auch die einzige der Betroffenen, die sich einem bariatrischen Eingriff unterziehen möchte. Bei tieferem BMI sind hier sicher auch Geschlechtsunterschiede zu erwarten. Der Praxisalltag zeigt jedoch, dass bei hohem BMI Frauen und Männer gleichermaßen von Diskriminierung betroffen sind.

#### 12.1.2 Indirekte Hinweise auf den Leidensdruck

##### *Selbsttherapie*

Ausnahmslos alle untersuchten schwerst adipösen Frauen haben unzählige Diätmisserfolge aufzuweisen. Zwei der befragten Frauen waren während der fünf Gesprächswochen konkret mit Gewichtsänderungsmassnahmen beschäftigt. Eine der fünf Frauen dachte dabei an eine Ernährungsumstellung, eine andere an einen Magenbypass. Über die Essgelüste berichten die Interviewten, wenn überhaupt, nur am Rande und mit Schuldgefühlen. Dass eine Vorliebe für kohlenhydratreiche Nahrung und Fett besteht, wurde mit einer Ausnahme mehr implizit formuliert. Auch Bewegung wurde angesprochen. Eine der Betroffenen schwimmt regelmässig im See, Sommer und Winter.

---

<sup>310</sup> Alle Auswertungstabellen finden sich im Materialienband

### *Hilfe, die man in der Umwelt gesucht hat*

Vier der fünf Frauen haben sich wenigstens einmal intensiv mit einem bariatrischen Eingriff beschäftigt. Nur eine der Frauen plante konkret einen solchen Eingriff. Gespräche mit dem Hausarzt, Massnahmen wie Selbsthilfegruppe, Ernährungsberatung (einmal genutzt), Kuraufenthalt (einmal genutzt) oder Psychotherapie (einmal genutzt) wurden zwar erwähnt, aber nur wenig in Anspruch genommen. Bei vier der fünf Frauen schien es so, als ob die Betroffenen fänden, das Übergewicht sei ihr persönliches Problem, dass sie alleine zu lösen hätten.

## **12.2 Unterfrage B: Weshalb gelingt es nicht, das Gewicht zu stabilisieren?**

Bereits die Tatsache, dass alle der befragten Frauen einen BMI über 40 haben, zeigt eigentlich zur Genüge, dass Diätversuche gescheitert sind. Dies belegt auch die Auswertungstabelle:

*Folgende Aussagen wurden gefunden:*

<b>Interview</b>	<b>Exemplarische Textstellen:</b>
A1 62-68	alle Diäten ausprobiert inklusive Jojo-Effekt
A5 260	hat schon mehrfach viele Kilos abgenommen und wird dann zappelig
B1 542	habe noch nie eine Diät geschafft, nahm wieder zu
C1 91-113	verschiedene Diätkuren, ass weniger
D1 82-88	hat alle möglichen Diäten versucht und war bei Psychologin, aber alles nützt nichts.
E1 162-164	hat eine Diät nach der anderen gemacht, ass ein Jahr lang nur grünen Salat

*Tabelle 9: Aussagen zu Diäten*

Offen bleibt also die Frage, weshalb es diesen schwerst obesen Frauen nicht gelingt, das Gewicht zu reduzieren oder wenigstens zu halten, obwohl sie ja sehr unter ihrem Symptom leiden.

## 12.3 Unterfrage C: Verhindern unbewusste Konflikte die Essregulation?

### 12.3.1 Hinweise auf Binge Eating Disorder (BED)

*Hinweise auf ein Vielessen oder Essattacken:*

Interview	Exemplarische Textstellen:
A1 68	Diäten, das kann man drei, vier Wochen machen, aber nachher hängt es einem aus. Aber noch nicht unbedingt so, dass man Heiss hunger-Attacken hat.
A1 100-108	Hat vor 4 Jahren 25 kg abgenommen und nachher innert Kürze wieder 30 kg zugelegt.
A1 231	Käse und Brot habe ich unglaublich gerne.
A1 356	Ich esse natürlich auch gerne Brot, Käse und solche Sachen, eben gerade Fettsachen.
A3 13	Wenn man sich etwas Gutes tun möchte, setzt man sich hin und gönnt sich ein Törtchen.
B1 65	Inzwischen bin ich ein Frustfresser. Als meine Mutter starb hatte ich ein Gewicht von 125 kg.
B1 109	Die Kilos sind langsam wiedergekommen. Ob das Fressen ist oder Frustfressen weiss ich nicht.
B1 165	Ich lege mir immer einen Vorrat an. Ich komme mir richtig süchtig vor. Wenn ich weiss, es ist Wochenende und es hat kein Päckchen Gebäck im Vorratsschrank, also das gibt es gar nicht.
B1 213-219	Abends, wenn die Kinder im Bett sind, nehme ich einen Kaffee und ein Päckchen Gebäck oder auch ein Stückchen Kuchen oder so etwas auf den Tisch.
B1 266-270	Wenn der Ehemann im Bett ist und ich ganz alleine in der Stube sitze, seien es jetzt Gummibärchen vom Kleinen oder das Päckchen Gebäck ... ich esse dann alles fertig.
B4 366-368	Der Ehemann sagt: „Du isst ja gar nicht viel!“ Da gestand ich es ihm: „Aber viel Süsses, wenn du nicht zu Hause bist oder im Bett.“
B5 520	Ich habe einfach angefangen, noch mehr zu fressen.
C1 91	Als wir in dieses Dorf gezogen sind, hat es angefangen mein Frustessen. Ich musste es kompensieren mit Scharfem, mit Fettem und so weiter.
C2 95	Ich gehe in den McDonalds rasch einen Fischli holen und etwas zu trinken. Ich esse das auf dem Weg. Zu Hause muss ich dann einen, also ein bisschen Salami oder ein bisschen Landjäger oder ein bisschen Brot haben.
C4 121	Ich schaufle dann zwischendurch hinein.
C4 244	Wenn ich in diesen Situationen drin bin und etwas esse, dann habe ich manchmal keinen Geschmack mehr im Mund, was ich esse. Wenn ich etwas Scharfes esse, dann merke ich, dass es stimuliert. Wenn ich in einen Landjäger beisse, dann stimuliert das, aber ich kann nicht sagen, ob das gut oder nicht gut schmeckt. Vom Ding her ist das nicht das Genussvolle.
C4 269	Das schnelle Essen: Ich esse einfach, weil es 12 Uhr ist, oder ich esse vielleicht, weil ich ein wenig hungrig bin.
C4 281	Da lasse ich das Gefühl los, aber dann muss ich einfach irgendetwas fooden. Dann muss ich irgendetwas haben, das scharf ist.
C5 476	Ich habe gesündigt, mit meinen Landjägern, meinen Cervelats und meinen Wienerli.

D1 447-451	Ich bin aus Frust an den Kühlschrank gegangen, weil mir das gutgetan hat. Gewöhnlich dann, wenn es niemand gesehen hat. Ich habe da gleich richtig zugegriffen.
D2 548-556	Es gibt wenig Tage in der Woche, an denen ich nicht reinschaufle. Da kann ich mir dann vielleicht Pommes Chips kaufen und ein wenig davon in ein Schälchen legen und das essen. Es gibt andere Wochen, da esse ich dann einen Schokoriegel. Ich kann nicht ganz darauf verzichten, sonst wird mein Essverhalten viel schlimmer.
D2 580-584	Anstatt dass ich nur eine kleine Reihe Schokolade gegessen hätte, vielleicht einmal in der Woche, sind es dann gleich eins, zwei Tafeln gewesen. Das Verlangen war so gross, dass ich es nicht unterdrücken konnte.
D5 748-753	Jetzt kann ich hineinstopfen, es wird mir nicht einmal mehr übel dabei. Das Schlimme, wenn ich wenigstens einmal erbrechen könnte, weil ich einfach zu viel gegessen habe, aber nicht einmal das.
E1 284-285 E2 522 E1-E5	Ich bin der Typ, der am Abend beginnt zu essen, weil ich tagsüber gar keine Zeit habe. Ich liebe Joghurt. Das ist meine Spätmahlzeit, oder am Nachmittag zum Zvieri esse ich meine Joghurt, und am Abend kann ich zwei, drei dieser Joghurts essen. Frau E erzählt vor allem von der gesunden Ernährung ihrer Kinder, über sich selbst äussert sie sich wenig. In der Ernährungsberatung hat sie gelernt, „was sich gehört und was nicht“.

Tabelle 10: Befunde zu Binge Eating Disorder (BED)

Bei allen Frauen kommen mehr oder weniger explizit Essattacken vor.

### 12.3.2 Hinweise auf frühe Störungen bzw. Störungen in der oralen Phase

Interview	Exemplarische Textstellen:
A1 28	Die ersten zwei Lebensjahre war ich mit meinen Eltern alleine. Sie lebten in einer Wohnung, bis meine Mutter im Restaurant meiner Grosseltern mithelfen musste. Da kam auch noch mein Bruder auf die Welt. Er ist am gleichen Tag geboren wie ich, aber zwei Jahre später. Ich bin also in diesem Restaurant aufgewachsen. Meine Mutter hat dort beinahe alles alleine machen müssen.
B 1-20	Ich war bei der Geburt rechtsseitig cerebrallähmt, aber heute habe ich nur geringe feinmotorische Störungen. Ich litt unter Essproblemen als Baby, weil die Mutter keine Milch hatte. Ich war bis 4-jährig mager.
C1-5	Frau C schildert die Mutter als Schatten, die eigentliche Mutter war die Grossmutter.
D2 797	Frau D kam nach der Geburt in eine Pflegefamilie und wurde mit 4 Monaten adoptiert.
E1 476	Frau E ist ältestes Kind einer Bauernfamilie, das viel mitarbeiten musste.

Tabelle 11: Störungen in der oralen Phase

Bei allen Frauen findet man Hinweise auf eine schwierige frühe Kindheit.



### 12.3.3 Belege für die aus der Literatur gewonnenen Konfliktkategorien

#### *Als Kind wurden sie mit Süßigkeiten ruhiggestellt / bzw. orale Verwöhnung*

Interview	Exemplarische Textstellen zu Süßigkeiten	Belegt
A1 28-51	Man gab den Kindern Süßigkeiten, damit sie still sind	<b>X</b>
B1 21	Ich wurde mit Süßigkeiten ruhiggestellt	<b>X</b>
C2 315-330	<i>Gegenteil: Ass als Kind heimlich → Kontrolle durch Eltern</i>	
D4 451-507	<i>Gegenteil: Meine Mutter hat von klein auf das Essen kontrolliert</i>	
E1 33-56	<i>Gegenteil: Mutter kontrollierte das Essen, aber eine Freundin der Mutter steckte heimlich Süßigkeiten zu</i>	

Tabelle 12: Orale Verwöhnung

Interview	Exemplarische Textstellen zu „Teller leer essen“	Belegt
A5 242-244	Wehe, man hat den Teller nicht leer gegessen, dann bekam man ihn am Abend nochmals vorgesetzt. Frau A bemalt Teller (Porzellanmalerei). <i>Anzahl Nennungen im ganzen Text: Das Wort „Teller“ wird 10x erwähnt, das Wort „Essen“ 74x.</i>	<b>X</b>
B3 963	Aussage zum Sohn: Obwohl Frau B so wenig auf den Teller legt, isst er den Teller nicht leer. Das Kind ist sehr dünn. <i>Anzahl Nennungen im ganzen Text: Das Wort „Teller“ wird 7x erwähnt, das Wort „Essen“ 116x.</i>	Kein explizites Thema
C	Teller sind kein grosses Thema. <i>Anzahl Nennungen im ganzen Text: Das Wort „Teller“ wird 2x erwähnt, das Wort „Essen“ 91x.</i>	Kein explizites Thema
D1 453-463	Man hat ihr wenig auf den Teller getan, dass sie dünner wird. <i>Anzahl Nennungen im ganzen Text: Das Wort „Teller“ wird 7x erwähnt, das Wort „Essen“ 109x.</i>	<b>Gegenteil</b>
E	<i>Anzahl Nennungen im ganzen Text: Das Wort „Teller“ wird 4x erwähnt, das Wort „Essen“ 86x.</i>	Kein explizites Thema

Tabelle 13: Mund mit Nahrung gestopft bzw. Teller leer essen

Nicht alle Befragten wurden in der Kindheit oral verwöhnt, mit Süßigkeiten ruhiggestellt oder erhielten bei Kummer „den Mund mit Nahrung“ gestopft. Auch das Gegenteil lässt sich nachweisen, dass man als Kind die Erfahrung machen musste, beim Essen kontrolliert zu werden. Die Konfliktkategorie aus der Literatur „Als Kind wurden sie mit Süßigkeiten ruhig gestellt“ lässt sich dieser fünf Interviews also nur teilweise belegen. Frau C, D und E wurden durch ihre Mütter beim Essen kontrolliert und nicht verwöhnt. Es bleibt offen, ob dies schon als Säugling geschah oder nur Teil der bewussten Erinnerung ist.

#### **Selbstdestruktivität**

Die Selbstdestruktivität zeigt sich schon in der Übersichtstabelle zu den Essattacken bzw. zu Binge Eating Disorder. Alle Frauen setzten bei Frustrationen Essen als Mittel zur Entspannung ein: Anders ist auch das hohe Übergewicht kaum zu erklären. Zudem ist ein BMI über 40 auch ohne Textbeleg Zeuge genug von selbstdestruktiven Widerstandsformen.

***Ohne wechselseitig tragfähige Beziehung***

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
A3 221-269  A4 364-398	Ihr Mann könne nicht offen reden über Probleme, könne keine Fehler zugeben, kümmere sich nicht um sie, wenn sie krank ist. Zum Glück habe sie im Kloster gelernt, an sich zu arbeiten. Die Eltern der ersten Frau beschenken nur die Stiefkinder, während ihre Eltern alle Kinder berücksichtigen. Die Stiefkinder packen die Geschenke ihrer Eltern nicht aus. Niemand gratuliere ihr oder ihren Kindern zum Geburtstag. Sie leide darunter, dass ihr Mann mehr zu den Kindern der ersten Frau stehe als zu ihr.	<b>X</b>
B1 123-139  B3 147-173	Hat sich von erstem Ehemann getrennt, weil dieser in die Türkei verreiste, als sie schwanger war und an Gestose litt. Mein Mann hat einen niederen IQ, und ich weiss gar nicht mehr, was mit ihm reden.	<b>X</b>
C1 123  C2 293-305	Ist allein erziehende Mutter von 3 Kindern. Sie dachte: Dem Ehemann kann ich nicht helfen, aber für die Kinder muss ich sorgen; sie sei deshalb aus dem Haus des Ehemannes ausgezogen. Sie habe aber weiterhin regelmässigen Kontakt. Meine Mutter war wie eine Freundin von mir, nicht meine Mutter. Sie hat nicht gekocht, war nie da, hat nicht gekuschelt. Ich habe keine Erinnerung an sie, auch kein Andenken.	<b>X</b>
D1 290-294  D5 133-147, 267-282	Ich habe Hemmungen, wenn mein Freund mich anfasst. Es muss ihn ja ekeln. Frau D zieht sich auch immer wieder vom Freund zurück. Wut auf die leibliche Mutter, die sie zur Adoption gegeben hat, und jetzt kann sie niemanden fragen, ob sie eine familiäre Belastung für Darmkrebs hat.	<b>X</b>
E1 415-433  E1 564	Konnte ihren Eltern ein belastendes Erlebnis nicht erzählen, weil sie diesen nichts aufbürden wollte. Sie hätten schon Ärger genug mit der mittleren Schwester gehabt. Hat keine Kolleginnen oder Freundinnen.	<b>X</b>

*Tabelle 14: Ohne wechselseitig tragfähige Beziehung*

Keine der Frauen berichtet über eine Freundin, ein Familienmitglied oder einen Ehepartner, auf den sie sich als wichtigen Anderen zuverlässig beziehen kann. Die sozialen Beziehungen sind nicht vielfältig oder nur scheinbar vielfältig, aber nicht tragfähig.

***Gehemmte Aggressionen***

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
A4 438-485 A4 284-289 A3 9-25	Versucht zu verzeihen, aber es tue weh, wenn man einen Putzlappen und ein Büchlein zu Weihnachten erhält. Frau A sagt: Früher habe sie sich nicht wehren können, aber das Übergewicht habe ihr geholfen. Wenn sie extrem abmagere, so werde sie nervös und gehässig, das gehe aber als Mutter nicht.	<b>X</b>
B1 65 B1 733-892 B2 446-450	Ich bin ein Frustfresser. Überlegt, ob sie sich vom Ehemann trennen soll. Meint zu wissen, dass wenn der Frust mit Ehemann, Schwiegermutter und die Streitereien um die Heizung gelöst wären, die Kilos purzeln würden. Sie berichtet von einer Beziehung, in der der Mann Macht ausübte und sie so einengte, dass sie schliesslich ausbrach.	<b>X</b>
C2 315-330 C4 383-394 C4 428-457	Wenn ich einen Frust hatte, dass mein Vater nicht nach Hause kam oder wenn meine Grossmutter geschimpft hat, ging ich in den Keller und trank dort Büchsenmilch oder ass Mayonnaise. Auch Schreiben sei eine Möglichkeit, die Spannungen loszuwerden. Andere kotzen sie den Mitmenschen vor die Füsse, aber das sei nicht ihr Stil, das wolle sie nicht, und wenn sie es doch einmal tue, so habe sie nachher Schuldgefühle. Wenn jemand, der eigentlich alles zum Leben hat, immer jammert, das mache sie wütend. Das trifft wie einen Knopf in ihr, sie verstehe das nicht. Eigentlich könnte es ihr ja gleich sein, was die erzählen.	<b>X</b>
D1 262-270 D1 277-283 D4 602-618	Die Aggressionen drücken sich bei Frau D oft in Kritik am eigenen Körper aus, z. B.: Ich kann mich selbst nicht im Spiegel anschauen, es ekelte mich, ich bin im falschen Körper. Ich kann mich zwar vor der Kritik der anderen schützen, aber es stört mich selbst. Das lasse ich mir aber nicht anmerken. Ich kann mich selber nicht so lieben, wie ich bin.	<b>X</b>
E1 564 E4 656 E2 445-449	Die Patientin schwenkt bei konfliktuösen Themen rasch ab. Auch in Beziehungen meidet sie Konflikte, z. B.: Ich habe nicht mehr so viele Bekannte. Sie sei oft von Freunden enttäuscht worden und habe deshalb nur wenige Leute. Sie wolle auch keine. Die Familie sei ihr genug. Sie habe ihren Eltern von einem belastenden Erlebnis nichts erzählen können, weil sie diesen nichts habe aufbürden wollen. Sie hätten schon genug Ärger mit der mittleren Schwester gehabt.	<b>X</b>

Tabelle 15: *Gehemmte, unterdrückte Aggressionen*

Alle Frauen haben Bereiche, in denen sie sich nicht zielorientiert und gemäss dem eigenen Standpunkt lösungsorientiert bewegen können. Es bestehen verschiedene Fantasien, weshalb dies nicht richtig sei, zum Beispiel: Religion, gute Mutter sein oder andere nicht belasten.

### Sexuelle Rollenidentität

Die Stichprobe liefert hier wahrscheinlich ein sehr einseitiges Bild, da 4 der 5 Frauen als Mütter stark engagiert sind. Männer wurden nicht befragt.

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
<b>Gute bis idealisierte Bindung zum Vater</b>		
A3 253-255	Frau A findet, sie sei von ihrem Vater verwöhnt worden. Sie kenne keinen so hilfsbereiten Menschen wie ihren Vater. Sie gleiche dem Vater.	X
B5 268-348 B2 16-31 B1-B5	Sie weiss, dass sie sehr an ihrem Vater hängt und sich verloren fühlen wird, wenn er stirbt. Sie möchte ihrem Kind eine so übertriebene Bindung ersparen. Sie bewundere den Vater masslos, weine sofort, wenn er sie streng anschau und damit ausdrücke, dass er nicht mit ihr zufrieden sei. Real besucht die Patientin den Vater nie und ruft ihn auch nicht an.	X
C4 503-524 C1 19-25 C2 289 C2 432-468	Der Vater habe ihre Probleme wahrgenommen, die Mutter nicht. Der Vater sei genial gewesen, hätte alles gekonnt und sehr viel gefordert. Frau C tat alles, um die Anerkennung des Vaters zu bekommen. Der Vater sei perfekt gewesen: seine Erscheinung, sein Haus, seine Arbeit.	X
D5 406-458	Die Beziehung zum Adoptivvater ist sehr distanziert, zum leiblichen Vater besteht keine Beziehung. Frau D findet, dies sei kein Problem.	
E2 126-128	War mehr ein Papakind, hat dem Vater viel geholfen.	X

Tabelle 16: Sexuelle Rollenidentität: Vater

Für 4 der 5 Frauen ist der Vater eine wichtige Bezugsperson.

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
<b>Bindung zur Mutter: Wut auf die Mutter, ambivalente Beziehung zur Mutter</b>		
A1 28 A1 74-76 A2 46 A1 80	Die Mutter arbeitet viel und hatte wenig Zeit. Viel Kritik der Mutter wegen des Gewichts. Ich war rebellisch, die Mutter hat mich anders haben wollen. Die Mutter war auch dick.	X
B1 20-27 B1 95 B3 720 B5 349-357	Die Mutter wäre dick gewesen und sei mit 43 Jahren gestorben. Sagt, mit dem Tod der Mutter habe sie alles verloren. Frau B wendet sich von der gesamten Familie und auch vom Verlobten ab. Wenn die Mutter nicht gestorben wäre, hätte ich sie eigenhändig umgebracht. Wut auf Mutter, weil diese gestorben ist und sie alleingelassen hat.	X
C2 293-305 C2 339-363 C2 411-417 C4 525-547	Meine Mutter war wie eine Freundin von mir, nicht meine Mutter. Ich habe keine Erinnerung an sie. Sie ist eine schöne Frau gewesen und ist gekommen und gegangen. Mein 2 Jahre älterer Bruder war ganz auf die Mutter fixiert. Meine Mutter ist wie ein Schatten. Meine Mutter hatte diese Leichtigkeit. Sie sass einfach da, irgendwie schön. Vielleicht ist es das, was ich auch selber lernen muss.	X
D4 425-451 D1 456-466 D5 133-147 D5 395-391	Bei der ersten Psychologin kamen vor allem die Probleme mit ihrer Mutter zur Sprache (unklar, ob Mutter oder Adoptivmutter). Die Mutter habe ihr das Essen abgemessen, Diäten verordnet, und mit der Mutter habe es den grössten Krach gegeben. Wut auf die leibliche Mutter. Wut und Rachegefühl gegen die leibliche Mutter.	X
E3 769-791 E1 100 E3 591	Der Mutter ginge es nicht so gut, sie sei sehr dick. Die Mutter ist in einem Heim aufgewachsen. Ich habe eine liebe Mutter gehabt.	

Tabelle 17: Sexuelle Rollenidentität: Mutter

4 der 5 Frauen hatten ein ambivalentes Verhältnis zur Mutter.

### ***Spannungsabbau mittels Essen:***

#### *Exemplarische Textstellen zu Selbsttröstung und Selbstbelohnung*

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
A4 523 A4 539-546 A3 13	<i>Frau A spricht mehr über das Dicksein als Schutz, denn über ungünstiges Essverhalten als Selbsttröstung oder Selbstbelohnung.</i> Bekommt vom Mann keine Anerkennung und muss diese Kränkung am richtigen Ort ablegen. Musste immer kämpfen. Da zieht man einen Schutz an, aber keinen Panzer, man lässt die Sachen nicht an sich ran. Isst ein Törtchen, um sich etwas Gutes zu tun.	<b>Hinweise</b>
B1 51-111 B5 520 B2 556	Die grösste Spannung sei, dass sie keine Lust auf Sex habe und er doch immer wolle. Sie isst dann Süssigkeiten, anstatt ins Ehebett zu gehen. Frau B hat Suizidgedanken und isst daraufhin einfach noch mehr. Isst am Abend Schokolade, Gebäck und anderes süsses Zeugs.	<b>Hinweise</b>
C4 50-103 C2 528 C4 119-118 C4 245 C4 45	Kann mit Spannung schlecht umgehen. Isst deshalb Schokoladekugeln aus Frust oder will alleine sein. Ähnliche Spannungen entstehen auch, wenn sie auf andere Menschen wütend ist; sie isst dann aus Frust ein dickes Schinkenbrot oder gehe zu Mc Donalds. Isst ein Thonbrötchen, um sich etwas zuliebe zu tun.	<b>X</b>
D2 580 D5 748-753 D1 447-451	Isst 2 Tafeln Schokolade aus Widerstand. Stopft alles in sich hinein, und es wird ihr nicht einmal übel dabei. Geht aus Frust an den Kühlschrank.	<b>Hinweise</b>
E1 524-528	<i>Selbstbelohnung wird nicht genannt, aber Selbstbestrafung: Wenn ich mir ein Glace leiste, so habe ich ein schlechtes Gewissen und muss nachher ein paar Fenster putzen oder so etwas.</i>	<b>Hinweise</b>

Tabelle 18: Selbsttröstungs- und Selbstbelohnungsaspekte

Bei allen Frauen konnte nachgewiesen werden, dass sie Spannungen mittels Essen verarbeiten (siehe Tabelle 10, S. 87 zu Binge Eating Disorder), also Essen auch zur Selbsttröstung und Selbstbelohnung einsetzen. Die in der Literatur genannten Selbsttröstungs- und Selbstbelohnungsaspekte kommen aber **nur bei einer Frau ganz explizit** vor. Daraus ist zu schliessen, dass dieser Zusammenhang vielleicht nicht allen Frauen ganz bewusst ist bzw. dass er stark mit Scham behaftet sein könnte

### **Angst vor Objektverlust**

*Indikatoren dieser Konfliktkategorie gemäss ausgewählter psychodynamischer Literatur:*

Objektverluste und Trennungen, Versorgungswünsche, Verlusterlebnisse mit Entwicklung einer Depression, Objektverlusterlebnisse wie Enttäuschungen, Trennungen, Ablösungen oder Tod des Ehepartners

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
A	Trennung vom ersten Partner nach 4 ½ Jahren	<b>X</b>
B	Nahm nach dem Tod der Mutter massiv ab und trennte sich von der ganzen Familie.	<b>X</b>
C	Verlor den Ehemann und war danach stark belastet als allein erziehende Mutter und wurde noch dicker.	<b>X</b>
D	Wurde adoptiert, verlor Adoptivgrossvater, -grossmutter und den Götti.	<b>X</b>
E4	Die Mutter ist verstorben.	<b>X</b>

*Tabelle 19: Angst vor Objektverlust*

Objektverlusterlebnisse, wie Tod des Ehemannes, Trennung vom Partner usw., kommen in der Stichprobe bei allen Frauen vor, nur hatten auch alle Frauen schon vor diesem Erlebnis Essprobleme. Zudem verlieren viele Menschen wichtige Bezugspersonen und werden nicht dick. Angst vor Objektverlust, und damit zusammenhängend, gehemmte Aggressionen spielen sicher bei all diesen Patientinnen eine Rolle. Dabei wird es sich aber wohl mehr um die frühe Verlusterfahrung der Mutter bzw. eine fehlgeschlagene Interaktion zwischen Mutter und Kind handeln, die dazu führt, dass später beinahe unüberwindbare Ängste bestehen, sich auf eine wechselseitig tragfähige Beziehung einzulassen. Aggressionen werden nur eingeschränkt geäussert, um das grosse geliebte Objekt nicht zu verlieren. Die Angst vor Objektverlust zeigt sich daher wohl mehr in Depression, Inaktivität, Angepasstheit, der Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse zu Gunsten anderer, in kontaktvermeidendem oder anklammerndem Verhalten usw.

### **Stress**

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
A	Ist sehr engagiert als Mutter und Bauersfrau.	<b>X</b>
B	Hat hohen Stress durch ihre beiden Kinder und den Streit mit Ehemann und Schwiegereltern.	<b>X</b>
C	Ist beruflich und als Mutter stark gefordert.	<b>X</b>
D	Frau D arbeitet in der Modebranche und leidet unter grossem Stress wegen ihres Übergewichts.	<b>X</b>
E	Neben der Arbeit als mehrfache Mutter ist Frau E Pflegemutter und geht abends noch putzen.	<b>X</b>

*Tabelle 20: Stress*

Dass Stress mit Übergewicht hoch korreliert, ist in der Literatur genügend belegt, dies findet sich auch in der Stichprobe wieder, wobei es dort mitunter den Anschein macht, als sei der Stress auch ein Weg, um Spannungen zu bewältigen. Dies fällt besonders bei Frau E auf.

## Enttäuschung

*Indikatoren dieser Konfliktkategorie gemäss ausgewählter psychodynamischer Literatur:*

Abwehr von depressiven Gefühlen, Ängsten und narzisstischen Kränkungen; Enttäuschungen darüber, dass die Gewichtsreduktion nicht automatisch mit der Lösung der persönlichen Probleme verbunden ist; starke Kränkungsbereitschaft; durch Überprotektion wurden Adipöse zur Bequemlichkeit und Unselbständigkeit erzogen; Kränkungen und Enttäuschungen im persönlichen und im beruflichen Bereich.

*Durch Deprivation in der Kindheit hat man gelernt, Enttäuschungen zu verbergen:*

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
A4 438-485 A5 495-527	Ist gekränkt durch das Weihnachtsgeschenk: Putzlappen und ein Kochbüchlein. Sie versucht dies zu verzeihen. Findet die Worte nicht, um sich zu äussern, wenn sie verletzt ist, oder reagiert zu spät.	<b>X</b>
B1 892 B2 387	Ist gekränkt über die mangelnde Beheizung des Hauses durch den Ehemann und die Schwiegereltern. Wird sich aber unter keinen Umständen dazu äussern, trotz wiederholter Aufforderung durch Ehemann. Hat noch nie vom Ehemann ein Geburtstagsgeschenk bekommen, auch nie ein Weihnachtsgeschenk, nicht einmal ein Blümchen zum Geburtstag.	<b>X</b>
C4 432 C4 232	Jammert und klagt selber wenig und erträgt dies bei anderen schlecht, kann sich dazu aber nicht immer äussern.	<b>X</b>
D2 65-67 D4 318	Zerstrittenheit mit der Umgebung und mit sich selbst, schon in der Kindheit. Wut auf den eigenen Körper oder auf sich selbst, dass sie so dick geworden ist. (Wut und Enttäuschung bezieht sie im Verlauf der Interviews vor allem auf sich selbst.)	<b>X</b>
E1-E5	Hat fast keine Beziehungen ausserhalb der Kernfamilie. Sie fühlt sich von der Umwelt immer wieder verfolgt und schlecht behandelt.	<b>X</b>

*Tabelle 21: Verbergen von Enttäuschung und Furcht vor Beziehung*

Die These von Ermann, dass „durch Überprotektion Adipöse zu Bequemlichkeit und Unselbständigkeit erzogen“ wurden, sodass sie deshalb rasch enttäuscht und gekränkt sind, kann hier nicht belegt werden. Vordergründig zeigen sich alle Frauen als enorm tragfähig und duldsam. Eine generell hohe Kränkungsbereitschaft ist nur indirekt zu vermuten, da keine wechselseitig tragfähigen Bindungen eingegangen werden. Die Lebensgeschichten dieser Frauen lassen eher den Umkehrschluss zu: Durch Deprivation in der Kindheit hat man gelernt, Enttäuschungen zu verbergen und fürchtet sich vor Beziehung.

### ***Mangelnde Körperwahrnehmung: Sättigungs- und Hungergefühle***

*Indikatoren dieser Konfliktkategorie gemäss ausgewählter psychodynamischer Literatur:*

Fehleinschätzungen der eigenen Person; erlernte Fehlinterpretation von inneren und äusseren Signalen: Übergewichtige neigen viel mehr dazu, alles Angebotene aufzuessen. Sie assoziieren fälschlicherweise die Beendigung der Nahrungsaufnahme mit dem Nicht-mehr-vorhanden-Sein von Nahrung.

#### *Befürchtungen, in der Öffentlichkeit zu essen*

Interview	Exemplarische Textstellen	Belegt
A1 300	Zu ihrem Geburtstag war Frau A auswärts essen mit der Familie. Sie ass eine Suppe und nur einen Teil des Menüs.	<b>X</b>
B3 282-311	Fürchtet sich davor, an die Betriebsfeier des Mannes zu gehen, teilweise aus Angst, die Stühle könnten zu eng sein.	<b>X</b>
C4 121	Probleme beim Schöpfen von Spaghetti bei einer Einladung.	
D1 332	Geht nicht an die Betriebsweihnachtsfeier aus Angst vor zu engen Gokarts. (Kartfahren ist als gemeinsamer Spass vor dem Essen geplant.)	<b>X</b>
E1 532-537	Schämt sich, öffentlich ein Dessert zu genehmigen, wegen Befürchtungen, was das Umfeld dazu sagen oder denken könnte.	<b>X</b>

*Tabelle 22: Alles Angebotene wird aufgegessen*

Die These „Übergewichtige neigen viel mehr dazu, alles Angebotene aufzuessen“ deckt sich mit dem Vorurteil gegenüber Dicken. Dicke vermuten zu Recht, dass man genau dies von ihnen denkt, und trauen sich dann oft nicht, in der Öffentlichkeit zu essen. Heimlich hält man sich schadlos.

Oft wird über falsche Einschätzung von Nahrungsmengen und fehlendes Sättigungsgefühl usw. gesprochen. Dabei bleibt vielfach unberücksichtigt, dass Körperwahrnehmung eng verknüpft ist mit dem Körperbild. Der Begriff Körperbild (oder Körperschema) charakterisiert unter anderem die Einstellungen, die Menschen zu ihrem Körper haben, und ist demnach weiter zu fassen. Der Begriff weist folglich über die in der zitierten Literatur genannten Funktionen hinaus.



### 12.3.4 Zwei weitere mögliche Konfliktkategorien

Neben den Konfliktkategorien, die aus der Literatur erschlossen wurden, würden sich auch noch ganz andere Kategorien be- oder widerlegen lassen.

#### *Autarkie (Autarkie- versus Versorgungskonflikt, aktiver Modus)*

Interview	Beispiel:	Belegt
A	1. / 3. Setzt sich unermüdlich für Ehemann, Kinder und Stiefkinder ein. 2. Zog früh aus dem Elternhaus aus. 4. Gemäss Tabelle 14, S. 90 gegeben. 5. Wird vom Ehemann abgewertet oder übersehen. 6. Fühlt sich durch den Ehemann emotional mangelhaft versorgt.	<b>X</b>
B	1. Setzt sich unermüdlich für ihre Kinder und ihr Stiefkind ein. 2. Trennte sich gänzlich vom Elternhaus. -3. Gegenteil: Mässig einsatzfreudige Spitexhilfe (B2 597ff.). 4. Gemäss Tabelle 14, S. 90 gegeben. 5. Ist in allen Beziehungen sehr ambivalent. -6. Ist vor allem unzufrieden über die Betreuung durch den Ehemann.	Konflikt teilweise aktiv, teilweise passiv
C	1. Setzt sich unermüdlich für ihre Kinder und ihr Pflegekind ein. 2. Zog früh aus dem Elternhaus aus. 3. Beliebte und fleissige Führungskraft. 4. Gemäss Tabelle 14, S. 90 gegeben. 5. Schimpft über jene, die bei ihr jammern. 6. Idealisiert den neuen Arbeitsplatz.	<b>X</b>
D	1. Erzählt wenig über Versorgung für den Freund, dieser versorgt eher Frau D. 2. ? 3. ? 4. Gemäss Tabelle 14, S. 90 gegeben. 5. ? 6. Ist zufrieden mit dem Spital und den Ärzten.	
E	1. / 3. Setzt sich unermüdlich für Ehemann, Kinder und Pflegekinder ein. 2. Zog früh aus dem Elternhaus. 4. Gemäss Tabelle 14, S. 90 gegeben 5. Lästert über die Mütter der Pflegekinder. 6. Ist unzufrieden mit der Betreuung im Spital oder mit der IV.	<b>X</b>

Tabelle 23: Autarkiekonflikt

#### *Einige Indikatoren des Autarkiekonfliktes gemäss OPD:<sup>311</sup>*

1. Altruistische Grundhaltung: anspruchlos, selbstgenügsam, bescheiden, fürsorglich, um Fürsorge, Geborgenheit zu gewinnen (fürsorgliches Verhalten mit dem unbewussten Wunsch, „es werde einmal vergolten“). Der abgegebene Besitz bleibt innerlich weiter besetzt und hat den Charakter eines Darlehens, das auf Rückzahlung und Zins wartet.
2. Frühes Sich-Absetzen von den Eltern oder selbstlose Fürsorge für Eltern.
3. Unersetzbare, aufopfernde, fleissige Mitarbeiter, die sich nicht schonen.
4. Dabei ohne wechselseitig tragfähige Beziehungen
5. Ausgenützt und abgewertet durch die Versorgten und Ausdruck unbewusster Verachtung gegenüber den Versorgten
6. Die unbewussten Wünsche nach Versorgung zeigen sich in der Unzufriedenheit mit der realen Betreuung, vor allem durch Ärzte und Institutionen.

<sup>311</sup> Arbeitskreis OPD, 2006, S. 227ff.

Freyberger et al. meinen: „Bei Adipösen finden sich häufig neurotische Entwicklungen mit psychodynamischem Fokus auf Abhängigkeits- / Autonomiekonflikten.“<sup>312</sup> Dies zeigt sich so auch am Beispiel der kleinen Stichprobe. Allerdings könnte es hier eine grosse Verzerrung geben, da 4 von 5 Frauen Mütter sind.

Auch von Hippel und Pape sind der Ansicht, dass dieser Konflikt bei Adipösen häufig sei: „Ein typischer Konflikt ist der zwischen passiv-rezeptiven Versorgungs- und Verschmelzungswünschen und der lebensgeschichtlich begründeten Angst vor Enttäuschung und Zurückweisung.“<sup>313</sup> Bei von Hippel und Pape finden sich zum Autonomie- versus Versorgungskonflikt zusätzliche Indikatoren, die in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) nicht aufgeführt sind:

- Angst vor dem Objektverlust führt zur Aggressionshemmung. (Das Essen und die Inaktivität dienen der süchtigen Abwehr von Konflikten.)
- Durch Verschiebung werden nicht mehr erreichbare Motive auf das Essen verlagert. (Die Motive werden am falschen Objekt befriedigt: Konzept der Gegenbesetzung oder der Abwehrmechanismen.)
- Angst vor dem psychischen Verhungern<sup>314</sup>
- Ein Sich-nicht-Spüren und Fallen-gelassen-Werden wird auf den Körper verschoben. Das Bedürfnis nach Nähe und Berührung erscheint als Hunger auf Nahrung.
- Häufig bestehen weitere süchtige Verhaltensweisen.

---

<sup>312</sup> Freyberger et al., 2002, S. 168

<sup>313</sup> Von Hippel & Pape, 2001, S. 191

<sup>314</sup> Bruch, 1980, S. 60

**Kontrollkonflikt (Unterwerfung versus Kontrollkonflikt, aktiver Modus)**

Übergewichtige könnten den Schein von Überstrukturierung bzw. einem Kontrollkonflikt erwecken durch die Fixierung auf alle Fragen, die um Körpergewicht und Essen kreisen. Mittels dieser Fixierung auf das Essen entsteht der Eindruck eines höheren Strukturniveaus, als es eigentlich vorhanden ist. Das tiefe Strukturniveau, ein ursächlicher Faktor der morbiden Adipositas, wird verschleiert.

*Es finden sich fast nur Textbeispiele, die den Kontrollkonflikt widerlegen!*

Interview	Beispiele:	Belegt
A	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keine Machtkämpfe im Gespräch, sie legt Kontrolle in Gottes Hand.</li> <li>2. Frau A ist allseits um Frieden bemüht.</li> <li>3. Kann eigene Regeln nur wenig durchsetzen, die Ordnung des Mannes gilt.</li> <li>4. Wenn man den „Willen Gottes“ als eigenen Willen interpretiert, so ist dies sicher teilweise gegeben, aber auch der Wunsch, anderen gerecht zu werden.</li> <li>5. Beiträge im Gespräch werden überdacht.</li> <li>6. Zentrale Themen sind Kinder, Ehemann und der Glaube.</li> </ol>	
B	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Weicht im Gespräch aus und kann ihre Bedürfnisse schlecht formulieren.</li> <li>2. Spricht negativ über andere, weil sie sich als „aufgefressen“ erlebt.</li> <li>3. Ist in ihren Regeln chaotisch und ambivalent.</li> <li>4. Traut dem eigenen Urteil nicht und ändert ihre Meinung laufend.</li> <li>5. Überhört Beiträge anderer scheinbar, aus Unsicherheit.</li> <li>6. Zentrale Themen sind Kinder, Ehemann und weitere Familie.</li> </ol>	
C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ist im Gespräch eher untersteuert, denn überkontrolliert.</li> <li>2. Würdigt andere, hört ihnen zu, auch wenn es sie wütend macht.</li> <li>3. Kann sich schlecht gegen andere abgrenzen.</li> <li>4. Nimmt andere wahr und versorgt deren Bedürfnisse.</li> <li>5. Beiträge werden aufgenommen und kreativ verarbeitet.</li> <li>6. Zentrale Themen sind Kinder, Mitmenschen, Kreativität und Ästhetik.</li> </ol>	
D	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bleibt trotz gegenteiliger Meinung angemessen und ruhig.</li> <li>2. Würdigt vor allem sich selbst herab.</li> <li>3. Hat Mühe, sich an eigene Regeln zu halten.</li> <li>4. Kämpft um Anerkennung und Liebe.</li> <li>5. Nimmt Beiträge auf. (Im Laufe der 5 Sitzungen ändern sich die Träume.)</li> <li>6. Menschen werden nach dem Aussehen klassifiziert: Dünne und Dicke.</li> </ol>	
E	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frau E redet wild darauflos, ohne stark zu kontrollieren, was sie sagt. Sie ist zu müde dazu und zu abgekämpft.</li> <li>2. Neigt zu Grössenideen, um die eigene Bedürftigkeit nicht zu spüren.</li> <li>3. Hat bedürfnisorientierte Regeln für die Kinder.</li> <li>4. Ist untersteuert und agiert wild, kommt so wenig zu eigenem Recht.</li> <li>5. Überhört Beiträge anderer aus Hilflosigkeit.</li> <li>6. Zentrale Themen sind Kinder, Essen und am Rande noch der Ehemann.</li> </ol>	

Tabelle 24: Kontrollkonflikt

*Einige Indikatoren des Kontrollkonflikts gemäss OPD:*

1. Aggressives Dominanzstreben, sucht Kontrolle über andere. (Interaktionell dominiert ein Machtkampf mit allen Mitteln, um die Angst, kontrolliert zu werden, zu bannen. Bei Meinungsverschiedenheiten demaskiert sich Machtanspruch.)
2. Herabwürdigung dient dazu, den als bedrohlich erlebten Machtverlust zu kompensieren.
3. Eigenwillige „trotzige Aggressivität“, rigide Regeln werden durchgesetzt, ständige Beserwisserei
4. Wunsch, alles nach eigenem Willen zu gestalten, das eigene Urteil ist Mass aller Dinge.
5. Konstruktive Beiträge werden als Angriff auf die eigene Position missverstanden.
6. Menschen werden dahingehend bewertet, ob sie Macht und Einfluss verstärken. (Besitz und Geld spielen eine zentrale Rolle, sind wichtiges Machtmittel.)

Dieses Beispiel soll zeigen, dass sich nicht einfach jeder beliebige Konflikt mittels der Transkripte belegen lässt.
--

## 13 Diskussion

### 13.1 Die Bedeutung von Adipositas für den Einzelnen und die Gesellschaft

Was diese Frauen im Einzelnen erleben, findet sich auch in der ganzen Gesellschaft weltweit wieder: Trotz aller Massnahmen steigt das Übergewicht stetig an. Die zentrale Fragestellung „Weshalb gelingt es nicht, das Übergewicht zu stabilisieren?“ ist also keine Kleinigkeit, sondern eine Frage von globaler Bedeutung, ein zentrales Thema, das derzeit von der WHO, in der Politik, in den Medien und im Management der grossen Nahrungsmittelkonzerne diskutiert wird. Das allgemeine Übergewicht ist möglicherweise ein Symbol dafür, dass Menschen sich in mancherlei Hinsichten nicht beschränken und bescheiden wollen und immer mehr verlangen. Warum dies so ist, ist eine weitreichende philosophische Frage, die im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert werden kann.

Diese Arbeit beschäftigt sich explizit mit Adipositas permagna und den damit im Zusammenhang stehenden psychischen Faktoren, also mit einer tief greifenden körperlichen und seelischen Krankheit, die massiv autodestruktiv ist. Die Diskussion hier handelt vom Einzelfall, indem die Frage nach dem Besonderen in diesen Lebensgeschichten gestellt wird. Weshalb greifen einige Menschen bei der szenischen Vermittlung von grossem Leidensdruck gerade zu diesem Körpersymptom?

### 13.2 Adipositas permagna und Binge eating

Wahrscheinlich leiden alle Menschen mit einem BMI über 40 an Binge Eating. Dieses wird stark verheimlicht und ist den Betroffenen selbst oft unbewusst, das heisst, die Realität wird von ihnen vor sich selbst verleugnet und beschönigt. Sogar wenn die Berechnung des Frühstücks im Esstagebuch mehr als 2000 cal ergibt, werden Essattacken verneint. Schliesslich muss man doch frühstücken! In vielen Zeitschriften steht geschrieben: „Ein gutes Frühstück korreliert negativ mit Übergewicht!“ Wo leicht Übergewichtige schon den Verzehr eines Plätzchens als einen Essanfall beweinen und bejammern, zeigt sich im Gespräch mit schwerst Adipösen eine ganz andere Einstellung. So wird im Therapiegespräch das Essen von 300 g Pralinen als Beispiel dafür genannt, dass man keine Essattacken habe, da die Pralinen ja über den Nachmittag verteilt konsumiert wurden. Es zeigt sich auch, dass der Verzehr dieser ca. 1680 cal zu keinem Sättigungsgefühl führt. Nahrungsmittel sollen einen Verlust ausgleichen. Der Zusammenhang zwischen dem in der frühen Kindheit verlorenen Objekt und der Kompensation mittels Essen bleibt unbewusst. Unter dem Aspekt der Sexualität findet keine Neuorganisation des Verhaltens statt (keine Zweizeitigkeit). Nur selten lassen sich wie im folgenden Beispiel direkte Bezüge zum verlorenen Objekt herstellen. Bei den Assoziationen zum Verzehr einer grösseren Packung Bärenzotten (Schokoladenplätzchen) zeigte sich der Bezug zum einstigen Übergangsobjekt, einem weichen, kuscheligen Bären, und zu dem Kosenamen „Schmusebär“ des immer noch gelieb-

ten, aber getrennt lebenden Ehepartners. Bei den Essattacken von schwerst Adipösen geht es scheinbar nicht einfach nur um „das Zerknacken und Einverleiben von Nahrung, also dem Zerstören des Objektes“<sup>315</sup> per se. Während Bulimikerinnen alles Verfügbare wahllos essen, scheint es für adipöse Binge Eater mehr von Bedeutung zu sein, was da gegessen wird. Zwei der befragten Frauen schildern vor allem Essattacken mit Scharfem, Salzigem, wobei eine Frau im fünften und letzten Interview mehrfach verschiedenste Wurstsorten, wie Landjäger, Cervelat, Wienerli usw. aufzählt, die einem doch sehr phallisch anmuten. Essanfälle mit Fleisch, Fisch und Salzigem symbolisieren wohl mehr Wut, als es bei Süß-attacken der Fall ist. Durch das Essen werden das abgespaltene Gefühl, der abgespaltene Gedanke symbolisch wieder zugeführt. Nach einem Essanfall hebt sich das seelische Strukturniveau. Man fühlt sich kompletter, entspannter. Das Vielessen ist Garant für seelische Stabilität trotz Schuldgefühlen wegen des Gewichts<sup>316</sup>.

Niederkalorische Nahrungsmittel bewirken keine Befriedigung. Vielleicht müsste darum hier neben der psychoanalytischen Deutung auch ein neurohormonales Denkmodell zur Erklärung beigezogen werden. So führt hochkalorische Nahrung bzw. das Naschen von schnell aufschlüsselnden Kohlenhydraten durch die vermehrte Ausschüttung von Serotonin im Gehirn zu Beruhigung und Trost.

Eine der befragten Frauen hebt mehr die Funktion des Übergewichts als Schutzschild, statt die Wirkung der Essattacken hervor.

### ***Hypothesen zu Binge Eating und Adipositas permagna***

- Schwerste Obesität ist immer begleitet von Essattacken.
- Bei einer Essattacke werden abgespaltene Gefühle symbolisch reintegriert.
- Die gegessenen Nahrungsmittel haben eine symbolische Bedeutung.
- Süßattacken sind Hinweis auf den verdrängten Wunsch nach Trost und Belohnung.
- Die Verdrängung von (Selbst-) Mordgedanken ist verknüpft mit Scharfem bzw. fleischreichen Essattacken.
- Übergewicht ist ein Schutzschild gegenüber den als eindringend erlebten Objekten.

---

<sup>315</sup> Toman, 2008, S. 9

<sup>316</sup> Reich & Cierpka, 2001, S. 193

### 13.3 Psychische Ursachen von Adipositas permagna

Beim Lesen der Transkripte kann man den Eindruck gewinnen, dass die morbid adipösen Probandinnen wenig introspektionsfähig sind, analog vielleicht zu Schmerzpatienten. Aus der klinischen Erfahrung lässt sich sagen, dass es doch Unterschiede gibt zwischen der hier untersuchten Stichprobe zu Forschungszwecken und Patienten, die sich an ein Beratungszentrum wenden mit der Vorstellung, dass psychische Gründe zur Adipositas beitragen. Zudem sind auch folgende Faktoren, die von Kvale (2001) untersucht wurden, zu bedenken.

Es gibt ein ethisches Problem bei Forschungsinterviews. Das therapeutische Interview wird vom Patienten gesucht, das Forschungsinterview vom Therapeuten. Wenn Meinungsverschiedenheiten auftreten, so können sie in einer Therapie gedeutet und besprochen werden. Das hat der Patient gewollt, und er wollte explizit eine Veränderung.<sup>317</sup>

#### 13.3.1 Diskussion der Konfliktkategorien

##### *Orale Verwöhnung als Ursache von Adipositas permagna?*

Diese Konfliktkategorie konnte in der Stichprobe nicht eindeutig be- oder widerlegt werden. Es ist aber dringlich anzunehmen, dass „orale Verwöhnung“, anders als in den drei psychodynamischen Werken suggeriert, nicht direkt in eine morbide Adipositas mündet. Die Neuauflage der gesamten kindlichen Problemlösungsstrategien unter dem Gesichtspunkt der Sexualität macht es sicher einigen Adoleszenten möglich, sich von der elterlichen Verwöhnung zu distanzieren bzw. gegen diese zu rebellieren und zu einer eigenen Essstrategie zu finden. Ja, es ist vielleicht sogar einfacher, bei elterlicher Verwöhnung einen eigenen Weg zu aufzufinden als bei Deprivation, so wie es Frau C, D und E erlebten.

##### *Ohne wechselseitig tragfähige Beziehung*

Dieser Konflikt scheint bei allen Frauen gegeben. In der Stichprobe zeigt sich, dass alle untersuchten Frauen grosse Angst haben, sich auf andere Menschen einzulassen. Sie brauchen manchmal Zeit für sich alleine, um sich nicht ganz zu verlieren, und vermeiden engen Kontakt. So erzählt keine der Frauen von einer besten Freundin oder einem nahen Freund ausserhalb der Familie. Der Ehepartner wird versorgt oder idealisiert, jedoch emotional als wenig tragfähig erlebt.

---

<sup>317</sup> Kvale, 2001, S. 24

***Gehemmte Aggressionen und Angst vor Objektverlust***

Alle befragten Frauen haben Bereiche, in denen sie Affekte und Triebwünsche kaum bewusst akzeptieren. Annahme ist hier, es besteht aus Angst vor Objektverlust eine Aggressionshemmung, die dazu führt, dass unbewusst gemachte Wünsche auf das Essen verschoben werden. Dabei steht wohl das Ausmass der Essattacke im Verhältnis zur Energie des unterdrückten Wunsches (Gegenbesetzung). In der Psychoanalyse geht es darum, dem Patienten die dem Vielessen zugrunde liegenden Beziehungserfahrungen zugänglich zu machen. Der Patient soll spüren, dass diese Art der Konfliktlösung zunächst die individuell bestmögliche Organisationsform war, nun aber das ICH stärker ist und unschädlichere Konfliktlösungswege gewagt werden können.<sup>318</sup>

---

<sup>318</sup> Freud, 2003b [1915-1917], S. 258-272



***Sexuelle Rollenidentität: Weiblichkeit und Adipositas permagna***

Da in dieser Arbeit nur Frauen befragt wurden, wird im Folgenden die weibliche Identität im Zusammenhang mit Adipositas permagna diskutiert. Das Bedürfnis, als Frau Aufmerksamkeit zu gewinnen, ist zusammen mit körperlich-sinnlichem Genuss und sexueller Erregung eine grundlegende Motivation. Hierzu gehört sowohl genitaler Genuss als auch der Wunsch bei anderen etwas gelten zu wollen, also aufgrund persönlicher und körperlicher Attribute durch die primäre Bezugsperson gewürdigt zu werden. In der Interaktion mit anderen geht es um die Gewandtheit, etwas gelten zu wollen vs. sich auch im Hintergrund zu halten bzw. fähig sein, zu rivalisieren und auch nachzugeben<sup>319</sup>.

Das mächtige Übergewicht trägt wie jedes Symptom den Wunsch und die Abwehr des Wunsches in sich. Durch die Entstellung des Körpers entziehen sich schwerst Adipöse augenscheinlich der sexuellen Rivalität. Das Gewicht verhüllt den Wunsch, erotisch etwas gelten zu wollen. Aber gerade diese Entstellung führt auch dazu, dass ständig neugierige, aufdringliche Blicke auf der betroffenen Frau liegen. Dies aktiviert den unbewussten Wunsch und löst massive Ängste aus. Daneben behindern diese indiskreten Blicke auch ganz real, sich unbefangen unter Mitmenschen zu bewegen.

Neben all den möglichen Deprivationserfahrungen, die ein Säugling beiderlei Geschlechts mit seiner Mutter machen kann (Trennung von der Mutter, emotional unerreichbare Mutter, psychische und physische Misshandlung), ist die Mutter-Tochter-Interaktion durch weitere Kräfte gefährdet. Es ist von tragender Bedeutung, ob die Mutter in ihrer Entwicklung einen genügend guten Entwurf ihrer eigenen Weiblichkeit entfalten konnte und nun die Weiblichkeit ihrer Tochter akzeptieren und narzisstisch bestärken kann<sup>320</sup>. „Mütter mit einer gestörten weiblichen Identität behandeln ihr weibliches Kind oft wie einen bösen Selbstanteil, auf den sie die Züge ihrer eigenen Mutter projizieren; zugleich dienen die Töchter der Befriedigung symbiotischer, mütterlicher Bedürfnisse.“<sup>321</sup> Diese Formen der mütterlichen Abweisung zwingen das kleine Mädchen dazu, sich der Mutter zu unterwerfen. Die Rivalität mit der primären Bezugsperson ist also durch massive Objektverlustängste bedroht oder eingeschränkt. Der dicke Körper bewahrt die Tochter davor, mit der in ihrer weiblichen Identität gestörten Mutter erotisch zu konkurrieren. Der verdrängte Wunsch könnte sich in heftigen Kämpfen zeigen, die das Kind auf Bereiche verschiebt, die die Mutter weniger gefährden. *In der Befragung sprechen vier Frauen über ein ambivalentes Verhältnis zu ihrer Mutter. Bei vier<sup>322</sup> der fünf Frauen versuchte die Mutter mittels Nahrungsmittelrestriktion, Kontrolle über den Körper der Tochter zu erlangen.* Die Identitätsfindung der Töchter wurde möglicherweise dadurch massiv bedroht. Das enttäuschende erste Verhältnis zur Mutter könnte bei diesen Frauen zur Nennung des Vaters als wichtiger Bezugsperson führen. Aus grosser Angst vor Objektverlust wurden vermutlich auch hier

<sup>319</sup> Arbeitskreis OPD, S. 248-254

<sup>320</sup> Rohde-Dachser, 2003

<sup>321</sup> Berger, 2000, S. 262ff.

<sup>322</sup> Frau A gehört letztlich auch zu dieser Gruppe

nicht die eigenen Bedürfnisse eingebracht. Vielmehr werden die eigenen Wünsche gegenüber den realen oder fantasierten väterlichen Anliegen zurückgestellt. Dies führt zu massiven Ängsten bezüglich der väterlichen Absichten. Auch hier kann der entstellte Körper eine stark beschwichtigende Rolle spielen. Ein Vater, der mit seiner männlichen und väterlichen Position im Einklang ist, würde eine brauchbare korrigierende emotionale Erfahrung für die Entwicklung der weiblichen Identität erkennen lassen. Dies scheint aber nicht der Fall gewesen zu sein, also handelt es sich wohl mehr um idealisierte Vaterbeziehungen als um real gute Objektbeziehungen. Die Idealisierung des Vaters könnte Resultat seiner psychischen und physischen Abwesenheit sein und überdeckt also eine weitere Enttäuschung. *Vier der fünf befragten Frauen definierten Weiblichkeit primär über die mütterliche Rolle.* Die errungene sekundäre Identifizierung mit den aktiven mütterlichen Aspekten der eigenen Mutter sichert die innere Distanz zu ihr und stützt die innere Widerstandskraft gegen das Überschwemmtwerden von den auf sie gerichteten passiven infantilen Abhängigkeitswünschen.

Die besondere Entwicklung der mütterlichen Aufgaben könnte zum Verdrängen der erotischen, sexuellen Aspekte der weiblichen Identität hinführen oder auch umgekehrt: Das Verdrängen der erotischen Aspekte bewirkt eine vermehrte Hinwendung zu mütterlichen Aufgaben und bestätigt damit die weibliche Identität.

### ***Spannungsabbau mittels Essen***

Wie schon vorher diskutiert, werden die „unmöglichen“ Wünsche auf das Essen verschoben und dort befriedigt. Das Essen wird zum Garant für seelische Stabilität, die man bei den äusseren Objekten nicht erlangen kann.

### ***Enttäuschung***

Eine erhöhte Kränkungsbereitschaft ist in der Stichprobe nur indirekt zu vermuten, da keine wechselseitig tragfähigen Beziehungen eingegangen werden. Hypothese wäre hier, dass Deprivation in der Kindheit dazu führt, dass man Enttäuschungen zu verbergen lernt und deshalb Beziehungen meidet.

### *Körperwahrnehmung und Adipositas permagna*

Die Fülle von Informationen, die der Körper bei psychosomatischen Erkrankungen wie morbidem Adipositas transportiert, reicht weit über das in der untersuchten Literatur Genannte hinaus. Körpersignale werden nicht einfach fehlinterpretiert, sondern sie werden *systematisch* zensuriert und manipuliert.

Übergewicht kann erst abgelegt werden, wenn die zugrunde liegenden Beziehungserfahrungen, die zu dieser Zensur führten, verstanden und durchgearbeitet sind. Welche Beziehungserfahrung der Körper transportiert, kann nicht allgemein gedeutet, sondern muss in jedem Einzelfall rekonstruiert werden. Wirksam ist nicht die Deutung alleine, sondern auch die korrigierende emotionale Erfahrung.

### *Körper als Träger einer Botschaft*

Übergewicht ist ein Teil der Ansprache an den bedeutsamen Anderen. Übergewicht reinszeniert eine bestimmte verinnerlichte Beziehungserfahrung, die sprachlich nicht vermittelt werden kann. Der unförmige Körper setzt ein Zeichen, das die Mitmenschen stark involviert und zunächst zu vermehrtem Interesse für diese Person führt.

### *Körper als Medium der Objektsuche*

Die Körperwahrnehmung ist meist wahnhaft verzerrt, das heisst, es wird ein Bild des eigenen Körpers aufrechterhalten, das wenig der Realität entspricht. Dabei wird eine subjektiv erträgliche Selbstwahrnehmung garantiert und die Bedeutung des Übergewichts bei der Objektsuche verleugnet.

### *Körper als Ort der Selbstaufgabe und der abgespaltenen Beziehungserfahrung*

Vieles ist eine regressive, depressive und inadäquate Form, Versorgungswünsche zu befriedigen. Die aus der Angst vor Objektverlust erfolgte Verschiebung von eigenen Wünschen, von zentralen Bedürfnissen und Empfindungen auf Nahrungsmittel ist eine dramatische Selbstaufgabe und wirkt stark autodestruktiv.

### *Körper als Schutzschild vor übergreifenden Objekten*

Das Körperfett kann auch die Funktion haben, überwältigende Objekte fernzuhalten. So betrachten andere Frauen schwerst Adipöse nicht als Rivalinnen. Sexuelle Übergriffe von Männern müssen weniger befürchtet werden. Auf gewisse Art und Weise bekommen schwerst Adipöse also tatsächlich geringere Aggressionen zu spüren. Übergewicht könnte vor allem auch ein Schutz gegen Rivalität unter Frauen sein. Schwerst Adipöse werden nicht als Konkurrentinnen wahrgenommen. Eine Aufgabe der Psychotherapie ist es, der Patientin zu helfen, Rivalität zu verstehen und zu ertragen, damit sie ihr Schutzschild ablegen kann.

### 13.3.2 Integration der Ergebnisse zu einer hypothetischen komplexen Deutung

Sowohl in der psychodynamischen Literatur als auch bei den fünf Interviews zeigt sich, dass bei schwerst Adipösen möglicherweise eine frühe Störung der Mutter-Kind-Interaktion besteht. Bei allen befragten Frauen fanden sich tatsächlich Hinweise auf eine schwierige Säuglingszeit, wobei nicht linear von bestimmten Entwicklungsstörungen auf ein späteres Symptom geschlossen werden kann. Das enttäuschende erste Verhältnis zur Mutter könnte zur Etablierung des Vaters als idealisierter Bezugsperson führen. Das heisst, der Vater wird real nicht wirklich wahrgenommen, denn aus grosser Angst vor Objektverlust traut man sich auch hier nicht, seine Wünsche einzubringen. Also auch der Bezug zum Vater wird letztendlich nicht als wechselseitig tragfähig erlebt. Eigene Bedürfnisse werden gegenüber den väterlichen Anliegen zurückgestellt. Es entsteht keine ödipale Verwicklung und es kommt in der Folge auch zu keiner Bewältigung des Ödipuskomplexes. Spannungsabbau (Selbstbelohnung und -tröstung, Wut usw.) wird mittels autarker Verhaltensweisen betrieben. Das Kind entwickelt Mechanismen, die enttäuschenden Anderen auszuschliessen, so wie es einst von der Mutter ausgeschlossen wurde. Im weiteren Lebensverlauf werden einseitige Beziehungen eingegangen. Die drohende Angst vor Objektverlust führt dazu, dass eigene Anliegen nicht realistisch eingebracht werden. Aus einer Überidentifikation mit der mütterlichen Rolle heraus wird das grosse geliebte Objekt umsorgt und gepflegt, was das Gegenüber dazu verleitet, seine Pflichten nicht wahrzunehmen. Die mütterliche Funktion der schwerst Adipösen bleibt demnach auch hier von zentraler Bedeutung.

In der Literatur findet sich dieser Deutungsansatz am ehesten im Autarkie- vs. Versorgungskonflikt der OPD wieder. Dort wird auch klar, wieso „dumm“ und „dick“ immer wieder in einem Atemzug genannt werden. Die Hoffnungslosigkeit aus der frühen Beziehungserfahrung kann so stark deprivieren, dass Kinder sich in der Schule nicht investieren, in Inaktivität verharren, kaum sprechen, kurz, auf Versorgung warten und nicht leistungsbereit sind. Dies führt öfters zur Diagnose einer Minderintelligenz, obwohl eigentlich Regression und Hoffnungslosigkeit zentrales Thema wären.

Der Kontrollkonflikt wurde bei keiner der befragten Frauen festgestellt.

## 14 Literaturverzeichnis

- Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2006). Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 1162-1168.
- Accurso, A. (2008). Dietary carbohydrate restriction in type 2 diabetes mellitus and metabolic syndrome: time for a critical appraisal. *Nutrition & Metabolism*, 5, 9.
- Angus, L. E. & McLeod, J. (Hrsg.). (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory and research*. London: Sage.
- Allison, K. C., Engel, S. G., Crosby, R. D., de Zwaan, M., O'Reardon, J. P., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Smith West, D., Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (2008). Evaluation of diagnostic criteria for night eating syndrome using item response theory analysis. *Eating Behaviors*, 9 (4), 398-407.s
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Bern: Hans Huber.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärztesgesellschaft (Hrsg.). (2004). *Evidenzbasierte Therapieleitlinien* (2. überarbeitete Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Astrup, A., Larsen, T. M. & Harper, A. (2004). Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss? *The Lancet*, 364, 897-899.
- Baranowska, B., Wolinska-Witort, E. & Wasilewska-Dziubinska, E. (2003). The role of neuropeptides in the disturbed control of appetite and hormone secretion in eating disorders. *Neuroendocrinol letter*, 24, (6), 431-434.
- Bender, R., Trautner, C., Spraul, M. & Berger, M. (1998). Assessment of Excess Mortality in Obesity. *American Journal of Epidemiology*, 147, 42-48.
- Benett, W. I. (1995). Beyond overeating. Editorial. *New England Journal of Medicine*, 332, 673-674.
- Berger, M. (2000). Zur Bedeutung des „Anna-selbdritt“-Motivs für die Beziehung der Frau zum eigenen Körper und zu ihrem Kind. In M. Hirsch (Hrsg.), *Der eigene Körper als Objekt* (S. 241-277). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Biesalski, H.-K. & Adam, O. (Hrsg.). (2004). *Ernährungsmedizin* (3. überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Binkert, D. (2009). Am besten gar nicht erst dick werden!. *Psychologie heute*, 4, 41-45.
- Bion, W. R. (1971). *Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bouchard, C., Tremblay, A. & Despres, J. P. (1990). The response to longterm overfeeding in identical twins. *New England Journal of Medicine*, 322, 1477-1482.
- Bourcillier, P. (1992). *Magersucht & Androgynie*. Wuppertal: Steinhäuser Verlag.
- Bogardus, C., Lillioja, S., Ravussin, E., Abbott, W., Zawadzki, J. K., Young, A., Knowler, W. C., Jacobowitz, R., Moll, P. P. (1986). *Familial dependence of the resting metabolic rate*. *New England Journal of Medicine*, 315, 96-100.
- Bramlage, P. (2008). Epidemiologie und Komorbiditäten der Adipositas in Deutschland. *Diabetologie*, 4, 259-265.
- Brand-Miller, J. C., Holt, S. H. A., Pawlak, D. B. & McMillan, J. (2002). Glycemic Index and obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 76, 281-285.
- Bravata, M. D., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A. L., Lin, N., Lewis, R., Stave, C. D., Olkin, I. & Sirard, J. R. (2007). Using Pedometers to Increase Physical

- Activity and Improve Health. A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 298 (19), 2296-2304.
- Bruch, H. (1978). *The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig*. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag.
- Brunner, E. & McCarthy, N. (2001). Adult obesity depends on genes and environment. *British Medical Journal*, 323, 52.
- Brunner, R. & Resch, F. (2008). Diätverhalten und Körperbild im gesellschaftlichen Wandel. In S. Herpertz, M. de Zwaan, S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (Hrsg.). (2004). *Kosten der Adipositas*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (Hrsg.). (2008). *Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012)*. Bern: BAG.
- Castellini, G., Lapi, F., Ravaldi, C., Vannacci, A., Rotella, C. M., Faravelli, C. & Ricca, V. (2008). Eating disorder psychopathology does not predict the overweight severity in subjects seeking weight loss treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (4), 359-363.
- Clark, M., Dillon, J. S., Sowers, M. & Nichols, S. (2005). Weight, fat mass and central distribution of fat increase when women use depotmedroxyprogesterone acetate for contraception. *International Journal of Obesity*, 29, 1252-1258.
- Clément, K., Vaisse, C., Lahlou, N., Cabrol, S., Pelloux, V., Cassuto, D., Gormelen, M., Dina, C., Chambaz, J., Lacorte, J. M., Basdevant, A., Bougnères, P., Lebouc, Y., Froguel, P. & Guy-Grand, B. (1998). A mutation in the human leptin receptor gene causes obesity and pituitary dysfunction. *Nature*, 26, 392, 330-331.
- Cornette, R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5 (3), 136-141.
- Corti, R., Hutter, R., Badimon, J. J. & Fuster, V. (2004). Evolving concepts in the triad of atherosclerosis, inflammation and thrombosis. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 17, 35-44.
- Criscione, L. L. (2008). Übergewicht: Ein gewichtiges Aufklärungsproblem. *Magazin der Schweizerischen Adipositas-Stiftung*, 11, 6-7.
- Dahler, S., Boothe, B. & Arbeitsgruppe QPT. (2004). *Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. Bestandsaufnahme 2004*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Dahler, S. (2005). *Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. Bestandsaufnahme 2004*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Fachrichtung Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
- Danielzik, S. & Müller, M. J. (2006). Sozioökonomische Einflüsse auf Lebensstil und Gesundheit von Kindern. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 57 (9), 214-219.
- Davidsen, L., Visten, B. & Astrup, A. (2007). Impact of the menstrual cycle on determinants of energy balance: a putative role in weight loss attempts. *International Journal of Obesity* 31, 1777-1785.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1980). *Ernährungsbericht 1980*. Frankfurt a. M.: Heinrich.
- de Zwaan, M., Bach, M. & Mitchell, J. E. (1995). Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 17, 135-140.

- de Zwaan, M., Roerig, D. B., Crosby, R. D., Karaz, S. & Mitchell, J. E. (2006). Night-time eating: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorder*, 39 (3), 224-232.
- de Zwaan, M., Wolf, A. M. & Herpertz, S. (2007). Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie: Was ist empirisch gesichert?. *Deutsches Ärzteblatt*, 104, 2577.
- Diehl, J. M. (1991). Ernährungspsychologie. In Th. Kutsch (Hrsg.), *Ernährungsforschung* (S. 68-98). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Dwyer, T., Hosmer, D., Hosmer, T., Venn, A. J., Blizzard, C. L., Granger, R. H., Cochrane, J. A., Blair, S. N., Shaw, J. E., Zimmet, P. Z. & Dunstan, D. (2007). The inverse relationship between number of steps per day and obesity in a population-based sample – the AusDiab study. *International Journal of Obesity*, 31, 797-804.
- Earnest C. (2008). Exercise: How to Begin. *Obesity Management*, 4 (1), 14-16.
- Eger, W. & Stratkis, K. (1958). Über den Einfluss des Prednisolon auf die Bindegewebsentwicklung der experimentell erzeugten Lebercirrhose. *Experimental Medicine*, 129, 559-572.
- Ellrott, T., Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1995). Fettreduzierte Lebensmittel ad libitum, eine geeignete Strategie zur Gewichtsabnahme? *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 6, 293-303.
- Ellrott, T. (2006). Low-Carb-Diäten zum Gewichtsmanagement. *Ernährung & Medizin*, 21, 19-25.
- Erdheim, M. (2007a). Man weiss nicht, was man alles sagt, und auch deshalb ist die Psychoanalyse von kulturwissenschaftlicher Bedeutung. *Österreichische Zeitschrift für Volkskunde*, Bd. LXI/110, 125-130.
- Erdheim, M. (2007b). In Geschichten verstrickt: Psychoanalyse als Forschungsparadigma. *Österreichische Zeitschrift für Volkskunde*, Bd. LXI/110, 291-307.
- Ermann, M. (2007). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (5. überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Fäh, D. (2006). Die Struktur des Übergewichtsepidemie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87, 1453-1458.
- Fäh, D., Marques-Vidal, P., Chiolero, A. & Bopp, M. (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138, 204-210.
- Fairburn, G. C. & Brownell, K. D. (Hrsg.). (2005). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: The Guilford Press.
- Farooqi, I. S., Keogh, J. M., Yeo, G. S. H., Lank, E. J., Cheetham, T. & O'Rahilly, S. (2003). Clinical spectrum of obesity and mutations in the melanocortin 4 Rezeptor gene. *The New England Journal of Medicine* 348, 1085-1095.
- Farooqi, I. S., Jebb, S. A., Langmack, G., Lawrence, E., Chettham C. H., Prentice, A. M., Huges, I. A., MacCamish, M. A. & O'Rahilly, S. (1999). Effects of recombinant leptin therapy in a child with congenital leptin deficiency. *New England Journal of Medicine*, 341, 879-884.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Berlin: Rowohlt.
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Vogt, R. A. & Brewer, G. (1997). What is a reasonable weight loss? Patients expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 79-85.
- Foster, G. D., Wyatt, H. R., Hill, J. O., McGuckin, B. G., Brill, C., Mohammed, B. S., Szapary, P. O., Rader, D. J., Edman, J. S. & Klein, S. (2003). A Randomized Trial of a

- Low-Carbohydrate Diet for Obesity. *New England Journal of Medicine*, 348, 2082-2090.
- Foxcroft, D. R. & Milne, R. (2001). Orlistat for the treatment of obesity: rapid review and cost-effectiveness model. *Obesity Reviews*, 1 (2), 121-126.
- Fremann, D. & Wolfram, G. (2001). Längeres Leben mit Lebensqualität. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 26, 183-190.
- Freud, S. (1997). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In A. Mitscherlich, A. Richards & J. Strachey (Hrsg.), *Studienausgabe, Bd. V, Sexualleben* (S. 76-78). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1905)
- Freud, S. (1999a). Zur Einleitung der Behandlung. In *Gesammelte Werke*, Bd. 8, (S. 453-478). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1913)
- Freud, S. (1999b). Jenseits des Lustprinzips. In *Gesammelte Werke*, Bd. 8, (S. 5-69). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1920)
- Freud, S. (2001a). Trauer und Melancholie. In A. Mitscherlich, A. Richards & J. Strachey (Hrsg.), *Studienausgabe, Bd. III, Psychologie des Unbewußten* (S. 194-212). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1915)
- Freud, S. (2001b). Die Methode der Traumdeutung: Die Analyse eines Traumusters. In A. Mitscherlich, A. Richards & J. Strachey (Hrsg.), *Studienausgabe, Bd. II, Die Traumdeutung* (S. 117-150). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1900)
- Freud, S. (2003a). Der Sinn der Symptome. In A. Mitscherlich, A. Richards & J. Strachey (Hrsg.), *Studienausgabe, Bd. I, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (S. 258-272). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1916)
- Freud, S. (2003b). Die analytische Therapie. In A. Mitscherlich, A. Richards & J. Strachey (Hrsg.), *Studienausgabe, Bd. I, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (S. 431-445). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1917)
- Freyberger, H. J., Schneider, W. & Stieglitz, R. D. (2002). *Kompandium: Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* (11. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Basel: Karger.
- Friedman, J. M. & Halaas, J. L. (1998). Leptin and the regulation of body weight in mammals. *Nature*, 395, 763-770.
- Fritzsche, A., & Häring, H. (2004). At last, a weight neutral insulin? *International Journal of Obesity*, 28 (2), 41-46.
- Fritzsche, K., & Wirsching, M. (Hrsg.). (2006). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Frommer, J. & Rennie, D. L. (Hrsg.). (2001). *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Frommknecht-Hitzler, M. (1994). *Die Bedeutung von Idealisierung und Idealbildung für das Selbstwertgefühl: Eine Auseinandersetzung mit den Narzissmustheorien Freuds und Kohuts*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Gaebel, W. & Müller-Spahn, F. (2002). *Diagnostik und Therapie psychischer Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Garrow, J. S. (1981). *Treat obesity seriously. A clinical manual*. London: Churchill Livingstone.
- Gercke, H. (Hrsg.). (1972). *Fettsucht in sozialmedizinischer Sicht*. Frankfurt a. M.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2005). *Grounded Theory*. Bern: Hans Huber
- Glomp, I. (2009). Das gefräßige Gehirn. *Psychologie Heute*, 4, 54-55.



- Glucksman, M. C. E. (1989). Obesity: A Psychoanalytic Challenge. In J. R. Bemporad, D. B. Herzog (Hrsg.), *Psychoanalysis & Eating Disorders* (S. 153-169). New York: Guilford Press.
- Goldstein, D. J. (Hrsg.). (2005). *The Management of Eating Disorders and Obesity (2th ed.)*. New York: Humana Press.
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L. & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17 (1), 68-78.
- Görtzen, A. & Veh, W. (2007). Adipositas-Einführung in molekulare Mechanismen. *Deutsches Ärzteblatt* 17, A1166-A1171.
- Gortmaker, S. L., Must, A. & Sobol, A. M. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 329, 1008-1012.
- Graf, E. & von Salis, E. (Hrsg.). (2003). *Erfahrungen mit Gruppen*. Zürich: Seismo Verlag.
- Greenson, R. R. (1967). *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haffner, J., Stehen, R., Roos, J., Klett, M. & Resch, F. (2007). *Jugendliche und ihr Körperempfinden. Ergebnisse der Heidelberger Schulstudie*. Köln: Forum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Hamann, A. (2006). Entwicklung des Körpergewichts unter antidiabetischer Therapie. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 131, 255-258.
- Haslam, D. (2001). Obesity - time to wake up. *British Medical Journal*, 323, 52.
- Haslam, D. W. & James W. P. T. (2005). Obesity. *The Lancet*, 366, 1197-1209.
- Hauner, H. & Berg, A. (2000). Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt* 97 (12), A768-774.
- Hauner, H., Buchholz, G., Hamann, A., Husemann, B., Koletzko, B., Liebermeister, H., Wabitsch, M., Westenhöfer, J., Wirth, A. & Wolfram, G. (2007). Prävention und Therapie der Adipositas. In Deutsche Adipositas-Gesellschaft u. a. (Hrsg.). *Evidenzbasierte Leitlinie* [On-line]. Available: [http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/EBL\\_Adipositas\\_Update\\_2007.pdf](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/EBL_Adipositas_Update_2007.pdf)
- Hauner, H. & Herzog, W. (2008). Ernährungsmedizinische und psychosomatische Aspekte der Adipositas. *Der Chirurg*, 79, 819-825.
- Hautzinger, M., Davidson, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Klinische Psychologie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Health Promotion Trough Obesity Prevention Across Europe. (2008). *HOPE-Project* [On-line]. Available: <http://www.hopeproject.eu/>
- Herpertz, S., de Zwaan, M. & Zipfel, S. (Hrsg.). (2008). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer.
- Herzog, W. (2008). Essstörungen: Anorexia nervosa. In G. Rudolf & P. Henningsen (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik* (S. 194-204). Stuttgart: Thieme.
- Hoffmann, S. O., Hochapfel, G., Heuft, G. & Eckhardt-Henn, A. (2008). *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin* (7. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Hoffmann-La Roche (Hrsg.). (2003). *Roche Lexikon Medizin* (5. neubearbeitete Aufl.) München: Urban & Fischer Verlag.

- Hoiginé, C. (2005). *Wie isst die Schweiz?*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Hoshmand, L. T. & Polkinghorne, D. E. (1992). Redefining the science-practicerelationship and professional training. *American Psychologist*, 47, 55-66.
- Huber, G. (2004). Abnormal weight considered as normal in an abnormal environment. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20, 223-227.
- Huseman, B., Bröhl, F., Herpertz, S., Weiner, R. & Wolf, A. M. (2007). Chirurgische Therapie der extremen Adipositas. In Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und Adipositas (Hrsg.), *Evidenzbasierte Leitlinie* [Online]. Available: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/Leitlinien/Leitlinie-Chirurgie-v2.pdf>
- Infanger, E., Welter, A. & Walter, P. (2007). *Gesund abnehmen. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung* (Sonderausgabe). München: AT-Verlag.
- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. *Eating disorder review*, 1, 59-85.
- James, W. P. T., Jackson-Leach, R. & Ni Mhurchu, C. (2004). Overweight and obesity (high body mass index). In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Hrsg.), *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, 1 (S. 497-596). Genf: World Health Organization.
- Jores, A. (1976). *Praktische Psychosomatik*. Bern: Hans Huber.
- Kelly, C. (2006). *Da hilft nur noch Schokolade*. München: Blanvalet.
- Kendall, A., Levitzky, D. A., Strupp, D. J. & Lissner, L. (1992). Weight loss on low-fat diet. Consequences of the impression of the control of food intake in humans. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 1124-1129.
- Kennedy, E., Bowman, S., Spence, J., Freedman, M. & Kin, J. (2001). Popular diets: Correlation to health, nutrition and obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 101 (4), 411-420.
- Kiefer, I. (Hrsg.). (2006). *Erster österreichischer Adipositasbericht 2006*. Wien: Verein zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge, Altern mit Zukunft.
- Knorr-Anders, E. (1987). Dicke werden geliebt. *Die Zeit*, 5, <http://www.zeit.de/1987/05/LJICKC-werden-geliebt> (24.1.2009)
- Küchenhoff, J. (15.05.1994). *Anorexia und Bulimia nervosa*. Vortrag, gehalten im Rahmen des 9. Internationalen Brückenkongresses, Heidelberg.
- Küchenhoff, J. (1996). Die psychodynamische Behandlung der Anorexia nervosa. I In W. Herzog, G. Bergmann, D. Munz & W. Vandereycken (Hrsg.), *Anorexia und Bulimia nervosa*. Frankfurt a. M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Kvale, S. (2001). The Psychoanalytic Interview as Qualitative Research. In J. Frommer & D. L. Rennie (Hrsg.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (S. 467-489). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lamnek, S. (1989). *Qualitative Sozialforschung, Bd. 2, Methoden und Techniken*. München: Psychologie Verlags Union.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1972). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Laux, G., Dietmaier, O. & König, W. (2002). *Psychopharmaka* (7. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag.
- Leichsenring, F. (Hrsg.). (2006). *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 2*, München: Centrum für Integrative Psychotherapie.

- Levine, J. A., McCrady, S. K. & Lanningham-Foster, L. M. (2008). The role of free-living daily walking in human weight gain and obesity. *Diabetes*, 57, 548-554.
- Liang, Y.-Q., Akishita, M., Kim, S. & Ako, J. (2002). Estrogen receptor is involved in the anorectic action of estrogen. *International Journal of Obesity*, 26, 1103-1109.
- Lichtman, S. W., Pisarska K., Berman, E. R., Pestone, M., Dowling, H., Offenbacher, E., Weisel, H., Heshka, S., Matthews, D. E. & Heymsfield, S. B. (1992). Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects.
- Linssner, L., Levitzky, D. A., Strupp, B. J., Kalkwarf, H. J. & Roe, D. A. (1987). Dietary fat and the regulation of energy intake in human subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 46, 886-892.
- Lütz, M. (2005). *Lebenslust: Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitnes-Kult*. München: Knaur Verlag.
- Machleidt, W., Bauer, M., Lamprecht, F., Rose, H. K. & Rhode-Dachser, C. (Hrsg.). (2004). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (7. aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Malina, R. (2008). Physical activity: The present in the context of the past. *American Journal of Human Biology*, 40 (8), 373-391.
- Marci, E., Gluck, A., Geliebter, A. & Satov, T. (2001). Night Eating Syndrome Is Associated with Depression, Low Self-Esteem, Reduced Daytime Hunger, and Less Weight Loss in Obese Outpatients. *Obesity Research*, 9, 264-267.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2008). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. vollständig bearbeitete und erweiterte Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (3. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Basel: Beltz Verlag.
- Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen* (3. neubearbeitete Aufl.). Ulm: Ulmer Textbank.
- Mertens, W. (2000). *Einführung in die psychoanalytische Therapie*. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.
- Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.). (2002). *Handbuch der psychoanalytischen Grundbegriffe*. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.
- Müller, M., Mast, M., Bossy-Westphal, A. & Danielzik, S. (2003). Diagnostik und Epidemiologie. In F. Petermann & V. Pudiel (Hrsg.), *Übergewicht und Adipositas*. Bern: Hogrefe.
- Narbo, K., Jonsson, E., Larsson, B., Waaler, H., Wedel, H. & Sjöström, L. (1996). Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish woman. *International Journal of Obesity*, 20, 895-903.
- Neovius, M. & Narbro, K. (2008). Cost-effectiveness of pharmacological anti-obesity treatments: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 32, 1752-1763.
- Obici, S., Zhaohui, F., Tan, J., LiSen, L., Karkanias, G. & Rossetti, L. (2001). Central melanocortin receptor regulate insulin action. *The journal of Clinical Investigation*, 108 (7), 1079-1085.
- Orbach, S. (2005). *Anti-Diätbuch* (19. Aufl.). München: Verlag Frauenoffensive.
- Pape, D., Schwarz, R. & Gillessen, H. (2006). *Schlank im Schlaf: Die revolutionäre Formel: So nutzen Sie ihre Bio-Uhr zum Abnehmen*. München: Gräfe und Unzer Verlag.

- Peppard, P. E., Young, T., Palta, M., Dempsey J. & Skatrud, J. (2000). Longitudinal Study of Moderate Weight Change and Sleep-Disordered Breathing. *Journal of the American Medical Association*, 284, 3015-3021.
- Petermann, F. & Pudel, V. (2003). *Übergewicht und Adipositas*. Bern: Hogrefe.
- Platon (1859). Platons Leben. Gastmahl. In L. Georgii & F. Susemihl (Hrsg.), *Platons ausgewählte Schriften in deutscher Uebersetzung, 1. Abtheilung*. Stuttgart: Verlag der J. B. Metzlerschen Buchhandlung.
- Pollmer, U. (2005). *Esst endlich normal!* München: Piper Verlag.
- Prugger, C. & Keil, U. (2007). Development of obesity in Germany - prevalence, determinants and perspectives. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 132, 892-897.
- Pudel, V. (2003). *Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- Pudel, V. (2008). Adipositas. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. vollständig bearbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Pudel, V. & Schlicht, W. (2006). *Pfundsfit - das Abnehmbuch: Schritt für Schritt zur schlanken Linie*. Stuttgart: Hampp Verlag.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Quinodoz, D. (2003). Wie weckt man den Wunsch nach Analyse bei einem Patienten, der nicht weiss, was eine Analyse ist? *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 1, 33-50.
- Ravussin, E., Valencia, M. E., Esparza, J., Bennett, P. H. & Schulz, L. O. (1994). Effects of a traditional lifestyle on obesity in Pima Indians, *Diabetes Care*, 17, 1067-1074.
- Reich, G. (2006). Essstörungen und Adipositas. In F. Leichsenring (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 2* (S. 183-199). München: Centrum für Integrative Psychotherapie.
- Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.). (2001). *Psychotherapie der Essstörungen* (2. neubearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Rissanen, A. M., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A. & Aromaa, A. (1991). Determinations of weight gain and overweight in adult Finns. *European Journal of Clinical Nutrition*, 45, 419-430.
- Rist, G., Borzel, B., Petermann, F. & Bauer, C. P. (1995). Das Essverhaltenstraining bei Adipositas im Kindesalter. *Pädiatrische Praxis*, 49, 243-252.
- Robertson, N. & Vohora, R. (2008). Fitness vs. fatness: Implicit bias towards obesity among fitness professionals and regular exercisers. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 547-557.
- Rohde-Dachser, C. (2003). *Expedition in den dunkeln Kontinent*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Romero-Corral, A., Montori, V. M., Somer, V. K., Korinek, J., Thomas, R. J., Allison, T. G., Mookadam, F. & Lopez-Jimenez, F. (2006). Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *The Lancet*, 368, 666-678.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung*. Heidelberg: Springer.
- Rudolf, G. (Hrsg.). (2008). *Strukturbezogene Psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (Hrsg.). (2006). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme Verlag.

- Rutters, F., Nieuwenhuizen, A. G., Lemmens, S., Born, J. M. & Westerterp-Plantenga, M. S. (2008). Acute Stress-related Changes in Eating in the Absence of Hunger. *Obesity*, 17 (1), 72-77.
- Samaha, F. F., Iqbal, N., Seshadri, P., Chicano, K. L., Daily, D. A., McGrory, J., Williams, T., Williams, M., Gracely, E. J. & Stern, L. (2003). A Low-Carbohydrate as Compared with a Low-Fat Diet in Severe Obesity. *The New England Journal of Medicine*, 348, 2074-2081.
- Sarlio-Lähteenkorva, S., Stunkard, A. J. & Rissanen, A. (1995). Psychosozial factors and quality of life in obesity. *International Journal of Obesity*, 19 (6), 51-55.
- Sass, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.
- Savastio, S., Bellone, S., Baldelli, R., Ferraris, M., Lapidari, A., Zanetta, F., Sogni, S., Petri, A. & Bona, G. (2006). Role of ghrelin in the regulation of appetite in children. *Minerva Pediatrica*, 58, 21-26.
- Schawalter, J. (2003). *Das Zen in der Kunst des Essens*. Graz: al Verlag.
- Schmidt, J., Schmid-Ott, G. & Lamprecht, F. (1998a). Prävalenz der Adipositas in einer analytisch orientierten psychosomatischen Fachklinik und Behandlungsergebnisse durch psychosomatische Rehabilitation. Teil I: Prävalenzdaten und kurzfristige Therapieergebnisse. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 3, 40-45.
- Schmidt, J., Schmid-Ott, G. & Lamprecht, F. (1998b). Prävalenz der Adipositas in einer analytisch orientierten psychosomatischen Fachklinik und Behandlungsergebnisse durch psychosomatische Rehabilitation. Teil II: Ergebnisse von Verlaufsstudien. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 3, 162-175.
- Schneider, A. (2008). Mangelernährung bei Adipositas. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 33, 208-283.
- Schneider, P. (2003). *Sigmund Freud*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Schubert, C. M., Rogers, N. L., Remsberg, K. E. & Sun, S. S. (2006). Lipids, lipoproteins, lifestyle, adiposity and fatfree mass during middle age: the fels Longitudinal Study. *International Journal of Obesity*, 30, 251-260.
- Schweizerische Adipositas-Stiftung (2007). Menopause: Lebensphase mit gewichtigen Herausforderungen. *saps.ch*, 7, 2.
- Schweizerisches Heilmittelinstitut (2008). *Marktzulassung von Appetitzügler Acomplia sistiert* [On-line]. Available: <http://www.swissmedic.ch/>
- Shah, M., McGovern, P., French, S., Baxter, J. (1994). Comparison of a low-fat, ad libitum complex-carbohydrate diet with a low-energy diet in moderately obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 980-984.
- Siegenthaler, W. & Blum, H. E. (Hrsg.). (2006). *Klinische Pathophysiologie* (9. völlig neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Simon, G. E., von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., van Belle, G. & Kessler, R. C. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Archives of General Psychiatry*, 7, 63, 824-830.
- Sjöström, L., Lindroos, A. K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Larsson, B., Narbro, K., Sjöström, C. D., Sullivan, M., Wedel, H. for the Swedish Obese Subjects Study. (2004). Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *New England Journal of Medicine*, 351, 2683-2693.

- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., Carlsson, B., Bengtsson, C., Dahlgren, S., Gummesson, A., Jacobson, P., Karlsson, J., Lindroos, A. K., Lönroth, H., Näslund, I., Olbers, T., Stenlöf, K., Torgerson, J., Ågren, G., Carlsson, L. M. S. for the Swedish Obese Subjects Study. (2007). Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *New England Journal of Medicine*, 357, 741-752.
- Skov, A. R., Toubro, S., Roenn, B., Holm, L., Astrup, A. (1999). Randomized trial on protein vs carbohydrate in ad libitum fat reduced diet for the treatment of obesity. *International Journal of Obesity*, 23, 528-536.
- Sonnenmoser, M. (2006). Essstörungen: Bei Prävention ansetzen. *Deutsches Ärzteblatt*, 7, 314-316.
- Spinas, G. A. & Heitz, P. U. (2004). *Medizinische Grundlagen - MEGRU, Endokrinologie*, Universität Bern, Zürich, Basel [On-line]. Available: <http://www.megru.uzh.ch>
- Steinert, J. (2003). Körperfettmessgeräte. *ÖKO-TEST*, 3, 42-46.
- Stöckli, R. & Keller, U. (2002). *Suisse Balance: Die Ernährungsbewegung vom Bundesamt für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Stroebe, W., Jonas, K. & Hewstone, M. (Hrsg.). (2002). *Sozialpsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Stunkard, A. J., Sörensen, T. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J. & Schulsinger, F. (1986). An adoption study of human obesity. *New England Journal of Medicine*, 314, 193-198.
- Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of human obesity. In P. Björntrop & B. N. Brodoff (Hrsg.), *Obesity*. Philadelphia: Lippincott.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B. & Lohman, T. G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews*, 6 (1), 43-65.
- The MCKnight Investigators (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 248-254.
- Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius, P. & Karlsson, J. (2005). Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study 1, 2, 3. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 564-569.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Thomas, D. E., Elliott, E. J. & Baur, L. (2008). Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity (Review). *The Cochrane Library*, 4.
- Thomas, W., Stephens, M., Basinski, P., Bristow, J. et al. (2002). The role of neuropeptide Y in the antiobesity action of the obese gene product. *Nature*, 377, 530-532.
- Toman, E. (2007a). Übergewicht zwischen Schicksal und Schuld. *Magazin der Schweizerischen Adipositas-Stiftung*, 7, 8.
- Toman, E. (2007b). Abnehmen beginnt im Kopf. *Magazin der Schweizerischen Adipositas-Stiftung*, 6, 8.
- Toman, E. (2008). Gier und Angst vor Kontrollverlust. *Magazin der Schweizerischen Adipositas-Stiftung*, 10, 9.

- Toubro, S. & Astrup A. (1997). Randomised comparison of diets for maintaining obese subjects' weight after major weight loss: ad lib, low fat, high carbohydrate diet v fixed energy intake. *British Medical Journal*, 1, 314-329.
- Tudor-Locke, C. & Bassett, D. R. (2004). How Many Steps/Day Are Enough?: Preliminary Pedometer Indices for Public Health. Current Opinion. *Sports Medicine*, 34 (1), 1-8.
- Tuschen-Caffier, B. (2008). Körperbildstörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch der Essstörungen und Adipositas* (S. 82-86). Heidelberg: Springer.
- Volkert, D. (2006). Der Body-Mass-Index (BMI) - ein wichtiger Parameter zur Beurteilung des Ernährungszustands. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 31, 126-132.
- Volz, A., Spring, K. & Frieboes, R.-M. (2005). *Psychiatrie in Frage und Antwort* (6. Aufl.). München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- von Hippel, A. & Pape, I. (2001). Psychodynamische und familienorientierte Behandlung der Adipositas. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen* (S. 190-210). Stuttgart: Thieme Verlag.
- von Münchhausen, M. & Despeghel, M. (2006). *Abnehmen mit dem inneren Schweinehund*. München: Gräfe und Unzer Verlag.
- Vgontzas, A. N., Lin, H.-M., Papaliaga, M., Calhoun, S., Vela-Bueno, A., Chrousos, G. P. & Bixler, E. O. (2008). Short sleep duration and obesity: the role of emotional stress and sleep disturbances. *International Journal of Obesity*, 32, 801-809.
- Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity*, 29, 127-129.
- Weltgesundheitsorganisation. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *WHO Technical Report Series number 894*. Geneva: WHO.
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)* (4. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Weltgesundheitsorganisation - Europa. (2007). Adipositas: Die Europäische Charta der WHO. *Ernährung - Wissenschaft und Praxis*, 1 (1), 40-41.
- Weltgesundheitsorganisation. (2009). *Internationale Klassifikation der Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. ICD-10 Kapitel IV (E)*. Hamburg: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Wernardo, M., Blaufuss, J., Jacob, A. & Kannenberg, S. (2006). Spezifische Interventionen auf der Basis der analytischen Therapie bei psychischen Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In F. Leichsenring (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 2* (S. 97-108). München: Centrum für Integrative Psychotherapie.
- Weststrate, J. A. (1992). *Effect of nutrients on the regulation of food intake*. Unilever Research Laboratorium Vlaardingen. Vlaardingen: Unilever Information Material.
- Winnicott, D. W. (1979). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Wilke, E. (05. 05. 2008). *Psychotherapie und Adipositas*. Vortrag gehalten an der Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Bad Malente-Gremsmühlen.
- Wirth, A. (2008). *Adipositas* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Wirth, A. & Krause, J. (2001). Long-term Weight Loss With Sibutramine. *The Journal of the American Medical Association*, 286, 1331-1339.
- Worm, N. (2006). *Glücklich und schlank*. Lünen: Systemed Verlag.

---

Zaudig, M., Trautmann, R. D., Joraschky, P. et al. (Hrsg.). (2006). *Therapielexikon: Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.